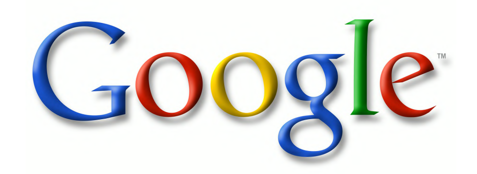
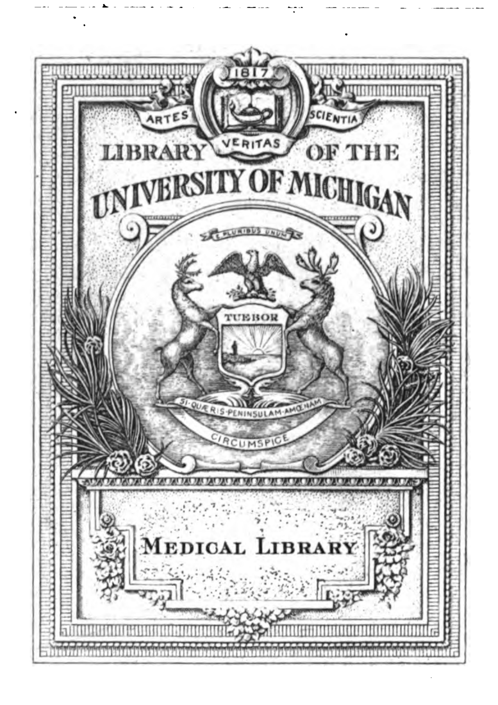



A 3 9015 00382 746 9
University of Michigan - BUHR


1817
ARTES
SCIENTIA
VERITAS
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
E PLURIBUS UNUM
TUEBOR
SI QUÆRIS PENINSULAM AMŒNAM
CIRCUMSPICE
MEDICAL LIBRARY

ALLGEMEINE ZEITSCHRIFT

FÜR

PSYCHIATRIE

UND

PSYCHISCH-GERICHTLICHE MEDIZIN

HERAUSGEGEBEN VON

DEUTSCHLANDS IRRENÄRZTEN

UNTER DER MITREDAKTION VON

BERZE-Wien, **BLEULER**-Zürich, **BONHOEFFER**-Berlin, **FISCHER**-Berlin-Dahlem, **KLEIST**-Frankfurt a. M.

DURCH

GEORG ILBERG
DRESDEN

ZWEIUNDNEUNZIGSTER BAND



BERLIN UND LEIPZIG

WALTER DE GRUYTER & CO.

VORMALS G. J. GÖSCHEN'SCHE VERLAGSHANDLUNG - J. GUTTENTAG, VERLAGSBUCHHANDLUNG - GEORG REIMER - KARL J. TRÜBNER VEIT & COMP.

1930

Inhalt.

Originalien.

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

Kleinere Mitteilungen.

Autoren-Register.

Die Veröffentlichung
der nachstehenden Arbeiten erfolgt anläßlich des

50 jährigen Bestehens der Anstalt Dalldorf

(Hauptanstalt der Wittenauer Heilstätten)

---

50 Jahre Dalldorf.

Von **E. Bratz.**

A. Entwicklung des städtischen Irrenwesens.

Für laute Jubelfeiern ist unsere Zeit nicht angetan. In stillbesinnlichem Rückblicke aus der Geschichte zu lernen gelingt bekanntlich nicht immer. Soweit es möglich ist, aus der Vergangenheit Fingerzeige für Gegenwart und Zukunft zu gewinnen, haben wir dafür in der Entwicklung unserer Anstalt, die zugleich im wesentlichen diejenige des Irrenwesens der Stadt Berlin war, ein besonders günstiges, weil scharf umgrenztes und aus der vorhandenen Überlieferung genau zu überschauendes Gebiet.

Am Anfang des 18. Jahrhunderts wurden die Berliner Irren neben hilfsbedürftigen Armen und Waisenkindern im Friedrichshospital, dem späteren Männersiechenhaus in der Stralauer Straße verpflegt, entschieden schon humaner als in den meisten Orten Deutschlands, wo sie noch mit den Insassen der Arbeitshäuser zusammen als gemeingefährlich eingesperrt waren. 1728 wurde das Irren- und Arbeitshaus in der Krausenstraße eingerichtet, wo neben den Geisteskranken auch Epileptische aufgenommen wurden, zumeist nach voraufgegangenen »Kuren« in den Krankenanstalten, allerdings die Zimmer sehr klein und im Winter übelriechend. Das Irrenhaus brannte 1798 ab, sein Kapitalvermögen wurde der Charité überwiesen, welche damit die Verpflichtung der unentgeltlichen Behandlung und Verpflegung der heilbaren Irren übernahm. Durch Kabinettsordre Friedrich Wilhelm III. wurde demzufolge alsbald der Neubau eines Irrenhauses auf dem Grundstück der Charité angeordnet. Die Irrenklinik der Charité hat dann länger als 100 Jahre eine begrenzte Zahl von Kommunalkranken aufgenommen. Zeitweise Weigerung führte schon 1820 bis 1823 zu einem Konflikt zwischen Stadt und Staatsregierung, der mit einem Siege der Stadt endigte, später zu Prozessen, bis vor wenigen Jahren im Vertragswege das Verhältnis beendigt wurde. Die übrigen Berliner Geisteskranken kamen seit jenem Brande in das Arbeitshaus am Alexander-

platz, bis 1862, bis zur Eröffnung der städtischen Irrenverpflegungsanstalt. Die damaligen traurigen Zustände, — die Irren zusammen mit Korrigenden und Verbrechern, in einem Saal 91 Betten — suchte *Leubuscher*, der Oberarzt der Irrenabteilung jenes Arbeitshauses und späterer Jenenser Kliniker, zu bessern, er setzte auch die Verlegung der geisteskranken Frauen in ein anderes Haus, Anstellung eigenen Pflegepersonals durch: Krankenwärter mit 10 Talern, Krankenwärterin mit vier Talern monatlichem Lohn, letztere mit freier Verpflegung. Auch Beschäftigung der Kranken wurde eingeführt und eine Extrakost für arbeitende Kranke: Hering, Kaffee und Milch.

Erst nach jahrzehntelangen Beratungen, war 1862 die städtische Irrenverpflegungsanstalt in der Wallstraße unter Umbau eines alten Fabrikgebäudes eröffnet. Ein Teil der Geisteskranken mußte aber wegen Platzmangel im Arbeitshause verbleiben und alsbald wurden zur Trennung der Geschlechter sämtliche männliche Kranke im Arbeitshause am Alexanderplatz, im sogenannten Ochsenkopf untergebracht, hier sogar unter teilweiser Trennung der Irren und der Epileptischen. Der wachsenden Zahl der Geisteskranken von 1864 bis 1868 von 156 auf 264 Köpfe — konnten aber auch einige Anbauten am Alexanderplatz nicht genügen. Es wurde deshalb der Bau einer großen Irrenanstalt auf einem Gute in Dalldorf beschlossen. Bis zu ihrer Fertigstellung wurden seit 1870 Kranke der Stadt Berlin in Privatanstalten ausgegeben, so daß Februar 1880 kurz vor der Eröffnung von Dalldorf sich in 12 Privatanstalten 687 städtische Kranke befanden. Die ganze Zeit war in der Irrenverpflegungsanstalt als ärztlicher Direkor *C. Ideler* tätig, der Sohn des Charité-Psychiaters Ideler's des Älteren, in der letzten Zeit war ihm als zweiter Arzt der Privatdozent Dr. *Wilhelm Sander* beigegeben. *C. Ideler* wurde auch der erste Direktor von Dalldorf, *Sander* sein Nachfolger.

Von *C. Ideler* stammt die ausgezeichnete Beschreibung der Vorgeschichte und der Erbauung von Dalldorf, die in Berlin, Verlag von Jul. Springer 1883 erschien und die uns als Hauptquelle für diese Mitteilungen dient. Die unzureichende Anstalt am Alexanderplatz wurde 1880 mit Eröffnung von Dalldorf geschlossen. Schon 1853 war die Erbauung einer Irrenanstalt grundsätztich beschlossen, man schwankte aber in der Wahl der Baustelle. Treibende Kraft für die endliche Entschließung war neben *Ideler* kein geringerer als der damalige Stadverordnete *Rudolf Virchow*. Eine Reihe von Sachverständigen wurden für das Bauprojekt gehört: *Damerow*-Halle, *Laehr*-Schweizerhof, *Ludwig Meyer*-Hamburg, *Esse*, Verwaltungsdirektor der Charité, u. a. Das ursprüngliche Projekt der Architekten *Gropius* und *Schmieden* ging auf 2,1 Millionen Taler, mußte auf 1,6 Mill. Taler herabgemindert werden. Es schien dann noch zu teuer, so daß die Architekten den Vertrag lösten. Nun

wurde der Stadtbaurat *Blankenstein* beauftragt, welcher den Direktor *Zinn*, Eberswalde, den älteren, hinzuzog, und trotz Erweiterung der Belegung nur 1,58 Mill. Taler veranschlagte, allerdings unter Fortfall des ursprünglich vorgesehenen architektonischen Schmuckes. Zuletzt wurde die Bausumme noch auf 4 Mill. Mark gekürzt. Aber grade während der Bauzeit fand ein starkes Sinken der Preise für alle Materialien statt (o selige Zeiten!), so daß für die genannte Summe ein Jahr nach Fertigstellung der Irrenanstalt noch eine solche für schwachsinnige Kinder zugebaut werden konnte. Während die Kosten für die damals neuen Anstalten der Rheinprovinz sich ausschließlich des Grund und Bodens auf 8500 Mark pro Kopf des Verpflegten beliefen, stellte sich Dalldorf — wie selten eine ähnliche Anstalt — auf nicht ganz 4000 Mark pro Kopf der damaligen Krankenbelegung und nach der heutigen allerdings als Überfüllung zu bezeichnenden Krankenzahl auf 2600 Mark pro Kopf des Kranken.

Für uns hat diese geringe Baukostensumme den Nachteil gehabt, daß jahrzehntelang, nach ihr berechnet, eine sehr kleine Summe für Reparaturen in unsern Haushalt eingestellt wurde.

Trotz der geringen Baukosten kann die Irrenanstalt noch heute nach 50 Jahren als vorbildlich hergestellt bezeichnet werden. Sie bedarf, um allen neuzeitlichen Anforderungen zu genügen, nur einer Renovierung der Innenräume und der Dächer, und kleinerer baulicher Veränderungen. Diese wohl selten nach einem halben Jahrhundert einer großen Anstalt zuzuerkennende Bewährung ist durch drei Umstände bedingt:

1. Die Bauten, insbesondere die zehn Krankenpavillons für Geisteskranke sind sehr solide und mit dicken Mauern ausgeführt, enthalten gut belichtete und zweckmäßig gruppierte Räume. Nach sachverständigem Urteile können die Gebäude von jetzt ab gerechnet noch weitere 75 Jahre ohne wesentliche Reparatur ihrem Zweck genügen.

2. Der Grundriß, welchen die Zeichnung S. 5, wiedergibt, ist geradezu ideal, seither vielfach nachgeahmt, aber kaum irgendwo übertroffen. Das große, die eigentliche Irrenanstalt bildende Viereck, ist umschlossen von dem Verwaltungsgebäude und den zehn Krankenpavillons, letztere sind dabei so gestellt, wie ein Blick auf die Grundrißzeichnung zeigt, daß der im Innenhof Wandelnde die kurzen, die Gebäude verbindenden Mauern kaum sieht und daß an den Außenseiten des Innenhofes noch geräumige Sondergärten für jeden Pavillon verbleiben. Daß im Innenviereck Küche, Maschinenhaus, Werkstätten und Wäscherei sich befinden, gestattet uns, auch die entweichungsverdächtigen und bewachungsbedürftigen Kranken in vielfältiger Art zu beschäftigen.

Für die Zukunft ergibt sich aus diesen Feststellungen eine Forderung: Bei Neubauten darf das Innenviereck, das wesentlichste Gebiet

der spazierengehenden Kranken, die eigentliche Lunge der Anstalt, nicht weiter bebaut werden. Bei einer Erweiterung der Anstalt müssen neue Kranken- oder andere Gebäude außerhalb des Vierecks errichtet werden, was in mehrfacher Beziehung möglich ist. Den für unsere Kranken so angenehmen Promonadenkonzerten in den Anlagen um den Springbrunnen muß auch in Zukunft diese Örtlichkeit erhalten bleiben. Wenn neben den erwähnten Vorzügen an den großen schmucklosen Krankenpavillons jetzt noch ein zu viel an gelben Ziegeln stört — »Blankensteinbaukasten« —, so wird dieser ästhetische Mangel bald durch die erfolgte Bepflanzung der kahlen Wände mit Grün beseitigt sein.

3. Sind die Gebäude trotz genügenden Gartenraumes nahe genug, um auch bei dem jetzigen ungeheuer gesteigerten Krankenzustrom den ärztlichen Dienst reibungslos vonstatten gehen zu lassen.

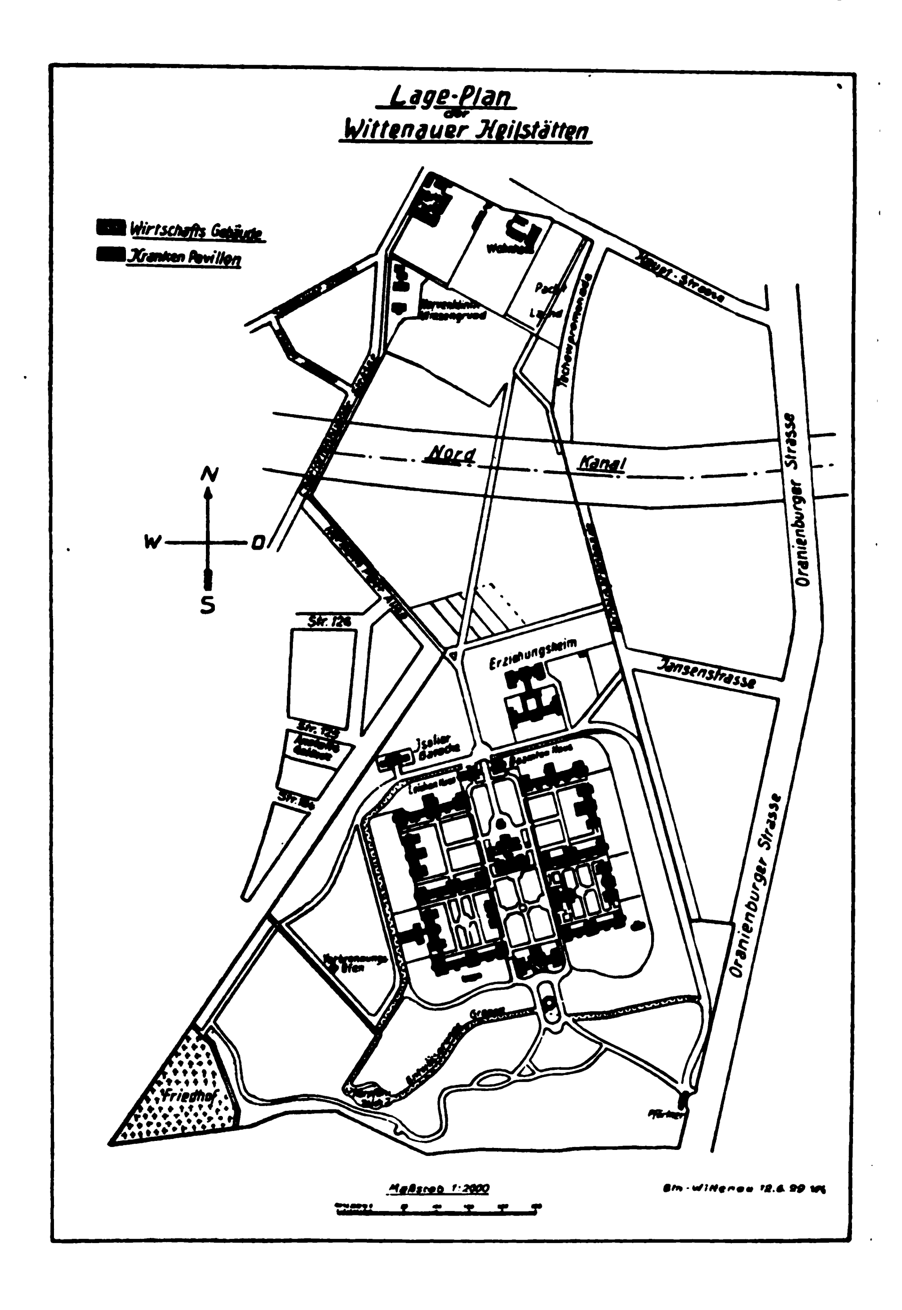
1100 erwachsene Kranke wurden in der für 1000 Kranke bestimmten Irren-Anstalt bereits 1883 verpflegt. Dazu kamen 87 Zöglinge des damals Idiotenanstalt benannten, zur Zeit 180 Kinder umfassenden Erziehungsheimes. In Privatanstalten waren bereits wieder ca. 500 Kranke ausgegeben. Jetzt sind in den Wittenauer Heilstätten, ohne daß wesentliche Umbauten erfolgten 1850 Kranke.

Die Zahl der Aufnahmen betrug 1880: 584, 1881: 655, 1882: 763. Sie beträgt jetzt das sechsfache, 1928: 3600. 1929 — nach dem ersten Halbjahr berechnet — : fast 4000.

Beschäftigt waren schon in jenen Kinderjahren der Anstalt $^1/_5$ der Kranken. Es erhielten gemäß Beschluß des Kuratoriums, damals eines Unterausschusses der städtischen Deputation für die Gesundheitspflege, die mindestens sechs Stunden täglich arbeitenden Männer eine Barvergütung von 10 Pfennigen, die Frauen von 5 Pfennigen.

Die Epileptiker waren gesondert von den Geisteskranken untergebracht, bis sie 1903 mit Eröffnung der Epileptikeranstalt Wuhlgarten dorthin verlegt wurden. Der Platzmangel erfuhr damals und durch die im Jahre zuvor erfolgte Eröffnung der Irrenanstalt Herzberge, ebenso 1906 durch die Errichtung der dritten städtischen Irrenanstalt Buch jeweilig eine vorübergehende Milderung.

Geh. Medizinalrat *Sander*, als dirig. Arzt nach Dalldorf übergesiedelt, seit 1887 Direktor der Anstalt, zeichnete sich durch große Herzensgüte, Gewährung größtmöglichster Bewegungsfreiheit an die Kranken, Toleranz den Kranken wie den Angestellten gegenüber aus. Auf *Sander's* Anregung wurde die in Deutschland zuerst 1880 in Ilten eingeführte Behandlungsart, die sogenannte Familienpflege auch in Dalldorf angewandt und zwar in großem Umfange: Kranke, die der Anstalt nicht mehr bedürfen und von der eigenen Familie ohne weiteres nicht wieder aufgenommen werden können, wurden


Lage-Plan
Wittenauer Heilstätten
Wirtschafts Gebäude
Kranken Pavillon
Nord
Kanal
N
W
O
S
Str. 126
Erziehungsheim
Jansenstrasse
Oranienburger Strasse
Oranienburger Strasse
Jsolier Baracke
Friedhof

gegen Vergütung und bei fortgesetzter ärztlicher Kontrolle in fremde Familien ausgegeben oder geeignetenfalls unter gleichen Bedingungen zu den eigenen Angehörigen. Sie bleiben rechtlich im Anstaltsverbande. Wir nennen dieses Behandlungsart der Deutlichkeit halber jetzt die ärztlich beaufsichtigte Familienpflege.

Wenn wir noch heute unseren Kranken in der Anstalt Bargeld gewähren, wenn wir neuerdings sogar eine kleine Verkaufsstelle für die dringendsten Bedürfnisse derjenigen Patienten eingerichtet haben, welche das Anstaltsgebiet nicht verlassen können, so geht solche Liberalität auf die von *Sanders* jahrelangem Wirken her in Dalldorf wurzelnde Tradition zurück.

Frei vom Streben nach äußerlicher Anerkennung, wie wenige, gab *Sander* sein akademisches Lehramt auf.

Am Verwaltungsgebäude sind die Medaillonbildnisse von vier Psychiatern angebracht: *Pinel, Langermann, Ideler* und *Griesinger.*

Man kann von *Sander* sagen, daß er die Gedanken *Pinel*'s des französischen Irrenarztes, der zuerst den Geisteskranken die Ketten abnahm, in wahrhaft edler Art und in zeitgemäßer Weise weitergeführt hat. Geheimrat *Moeli*, 1884 bis 1893, bis zur Eröffnung von Herzberge dirigierender Arzt in Dalldorf und gleichzeitig Referent für Irrenwesen im Ministerium, kann als würdiger Nachfolger Langermanns bezeichnet werden, des Irrenanstaltsdirektors und Leiters des Preuß. Medizinalwesens zur Zeit der Freiheitskriege.

Professor *Liepmann*, von 1899 bis 1914 Arzt in Dalldorf, hat ganz im Geiste *Griesingers*, des ersten Professors der Psychiatrie und Nervenkrankheiten an der Charité, unsere Wissenschaft bereichert. Hat *Griesinger*, der Präger des Wortes »Geisteskrankheiten sind Gehirnkrankheiten« grundsätzlich unserer Forschung die wichtigsten Wege gewiesen, so hat *Liepmann* auf solchen Pfaden zu bedeutsamem Ziele geführt, indem er das Krankheitsbild der Apraxie auf bestimmte örtliche Hirnerkrankungen zurückführte.

Sander's Nachfolger als Direktor in Dalldorf wurde Geheimrat *Kortum*, 1915 bis 1923. Eine geborene Herrschernatur, dabei von feinsinnigstem Wesen, klugem Takt, sprudelndem Humor, ärztlich vielseitig gebildet, wäre er berufen gewesen, die schon damals erforderliche Erneuerung der alternden Anstaltseinrichtungen durchzuführen, wenn nicht Krieg und Inflation ihn gehindert hätten.

Wittenauer Heilstätten und ihre Ziele.

Es mußten, nachdem der Verfasser dieser Zeilen November 1923 das Amt des Direktors angetreten hatte, zunächst die zentralen Einrichtungen planmäßig erweitert bzw. erneuert werden. Die Gasbeleuchtung, welche durch die Hantierungen der Geisteskranken mehrfach eine Feuersgefahr abgegeben hatte, wurde durch elektrisches

Licht ersetzt. Die Küche, welche für 1000 Kranke erbaut, jetzt für nahezu die doppelte Zahl dient, längst zu eng, unansehlich und voller Wrasenbildung, wurde vergrößert und mit neuzeitlichen Einrichtungen versehen. Die Waschküche, welche infolge des riesigen Wechsels unserer Kranken und weil sie seit 1925 zugleich für das Frauen-Krankenhaus in Reinickendorf dient, noch stärkeren Anforderungen zu genügen hat, wurde durch Aufstockung und Einbau eines Fahrstuhles in ihrer Größe verdoppelt. Die Abflußröhren wurden in diesem Sommer tiefer gelegt, womit das nötige Gefälle für Ausnützung der Kellerräume gewonnen wurde. Gleichzeitig wurden die Rieselfelder beseitigt, deren Filtriertätigkeit nach einem halben Jahrhundert zweifelhaft geworden war, und die Abwässer in ein nahes Hauptrohr der städtischen Kanalisation geleitet. Damit hört der üble Geruch auf und für unsere Kranken ist in den an die Stelle der Rieselfelder tretenden Anlagen ein weiterer Spielraum gewonnen. Dieser ist um so notwendiger geworden, als die Spaziergänge der Geisteskranken in die früher ländliche Umgebung durch die von allen Seiten das Anstaltsgebiet umschließende Bebauung mit völlig großstädtischem Gepräge aufhören mußten.

Unter dem letztgenannten Gesichtspunkte mußten wir jede Verkleinerung unserer Landfläche schmerzlich empfinden, weil den Kranken damit Erholungsraum, landwirtschaftliche und gärtnerische Betätigung eingeengt wurde. Trotzdem haben wir uns größeren Zielen untergeordnet und für Verbreiterung der großen nördlichen Ausfallsstraße Berlins, die in nördlicher Fortsetzung der Müllerstraße nach Oranienburg führt, ebenso für einen großen unser Ackergebiet durchschneidenden Kanal bereitwillig Gebiet abgetreten. Umgekehrt haben wir die Abrundung unseres Gebietes durch Ankauf kleiner Parzellen an unserer Nordgrenze und des in unser Gebiet wie Böhmen in das Deutsche Reich einschneidenden, den Betrieb der nahen Nervenklinik bedrohenden *Nölte*schen Grundstückes, durch pachtweise Überlassung des danebenliegenden, dem Bezirksamt Reinickendorf gehörigen Landes freudig begrüßt.

Von der Kanalbauverwaltung wurde erreicht, daß das Kanalterrain einerseits gegen unser Gebiet durch Drahtzäune abgehegt, andererseits eine Brücke über den Kanal im Zuge einer von der Irrenanstalt zum Gutshofe auf unsrem Gebiete angelegten Straße gebaut wurde, so daß das Eindringen Fremder in unser Gebiet verhindert und der Verkehr zwischen den verschiedenen Teilen der Anstalt aber erhalten wurde.

Neben diesem Gebiet und zentrale Einrichtungen betreffenden Änderungen wurden in diesen letzten arbeitsreichen fünf Jahren die Erneuerung der Häuser der Irrenanstalt und des Erziehungsheimes in Angriff genommen. Wie oben genauer ausgeführt, waren die Häuser solide gebaut und wurden in ihren Mauern in gutem

Zustande befunden. Nur das Gebälk der Dachstühle war in den 50 Jahren über den meisten Häusern morsch geworden und erforderte auf mehreren Häusern und wird noch auf anderen eine etwas kostspielige Reparatur erfordern. Die Innenfläche der Wände, die Decken und Fensterrahmen erwiesen sich naturgemäß nach 50 Jahren als außerordentlich abgenutzt und unfreundlich. Die Betten und Möbel tragen entsprechende Spuren ihres Alters. Es wurden uns für fünf Jahre je 80000 M. zur Erneuerung der Häuser bewilligt, hier verschlang dabei schon der Dachstuhl bei jedem in Angriff genommenen Hause den größeren Teil der ausgesetzten Summe, Ein weiteres tat unsere Methode der Renovierung: Wir glaubten nicht nur die Innenräume erneuern und später die für neuzeitliche Bedürfnisse erforderlichen baulichen Veränderungen mit neuen Geldanforderungen unter Zerstörung der renovierten Wände erstreben zu sollen. Wir haben vielmehr von Haus zu Haus fortschreitend, bei der Renovierung gleichzeitig für die Kranken freundlichere und zweckmäßigere Bade- Abwasch-, und Küchenräume, Klosetts, neue Krankenzimmer, ferner durch Ausbau des Dachgeschosses Familienwohnungen für Pfleger gewonnen, auf diese Weise allerdings noch nicht die Hälfte der Häuser instand gesetzt. Dafür wird aber nach Beendigung dieser Arbeit die Stadt Berlin in Dalldorf eine vollkommen moderne Irrenanstalt besitzen. Wenigstens in einem Beispiel sei gestattet, den bei solcher Erneuerung für die Kranken erreichten Fortschritt genauer zu beschreiben. Die hohe Zahl der Aufnahmen, zuletzt ein Zufluß von 3800 Kranken im Jahre, führte auf den Aufnahmehäusern zu einem Massenbetrieb. Die Sorge der Ärzte und des Oberpflegepersonals richteten sich dabei leicht in überragendem Maße auf die Platzfrage, weil täglich für die neuaufzunehmenden Kranken Betten frei gemacht, erforderlichenfalls andere Kranke verlegt werden müssen. Nach der Aufnahmeuntersuchung der ersten Tage soll aber aus dem ärztlichen Ergebnisse die Nutzanwendung ziehend, eine ruhige Behandlung und Fürsorge für die Neuaufgenommenen einsetzen, nicht ein fortgesetztes Weiterschieben. Wir haben aus solchen Erwägungen heraus uns schweren Herzens von unsern nicht-erziehungsfähigen Kindern getrennt, welche in einen freistehenden Pavillon der Kinderheilanstalt, wie wir hoffen, nur vorübergehend verlegt wurden. Das dadurch bei uns freigewordene Haus X. haben wir nicht nur renoviert, sondern zu einem Aufnahmehaus der Frauenabteilung umgebaut mit Empfangsräumen, Aufnahmebad, neu geschaffenem Eingang, Anfahrt usw. Jetzt kommen die neuen weiblichen Kranken eine Woche nach Haus IV., die nächste Woche nach Haus X. Jedes dieser beiden Aufnahmehäuser hat nach der mit Aufnahmeuntersuchungen ausgefüllten Woche eine ruhige Woche Zeit, sich mit dem Kranken einzuleben. Auf dem Hause X. haben wir eine Beschäftigungstherapie für die Neuaufgenommenen, besonders die Schizo-

phrenen eingeführt, welche letztere jetzt von Hause kommend, nicht mehr, wie früher wochenlang im Lazarett zu Bett liegen, und die Sinnestäuschungen der Nachbaren in sich aufnehmen, sondern sofort an Nähmaschinen, Strickstrümpfen, Buchbinderei und dergleichen beschäftigt werden. Im Sommer spielt sich diese Arbeitstherapie auf einer großen, 29 Meter langen und 4½ Meter tiefen Veranda ab. Diese Einrichtung hat sich so bewährt, daß wir auch auf der Männerabteilung, sobald wir die Mittel haben, ein zweites Aufnahmehaus einrichten wollen.

Seit fünf Jahren sind die baulichen Aufgaben dem Oberbaurat *Hellwig* vom Hochbauamt Wedding erfolgreich anvertraut.

Drittens ist in dieser letzten fünfjährigen Berichtsperiode die Irrenanstalt Dalldorf in grundsätzlicher Änderung ihrer Bestimmung umgewandelt worden in einen Kranz von Heilstätten, welche neben den Geisteskranken in Sonderheilstätten auch Nervöse, Trinker und andere Süchtige aufnehmen. Es ist damit das von dem Verfasser dieser Zeilen angestrebte »Staffelsystem« verwirklicht, das von den Psychiatern auch das Wittenauer System genannt wird, und das neben der Angliederung von Sonderheilstätten enges Zusammenwirken mit der Fürsorge außerhalb der Anstalt erstrebt.

Oktober 1925 wurde die Nervenklinik Wiesengrund eröffnet mit 60 Betten für nervenkranke Männer mit allen neuzeitlichen Behandlungseinrichtungen, wie Bädern, Höhensonne, Diathermie, mit Planschwiese, Punchingball, Turnkursus usw., Beschäftigungsgelegenheit im Garten, in Landwirtschaft und Werkstätten. Die Nervenklinik wird hauptsächlich von den Kassen und den Wohlfahrtsämtern belegt und hat recht günstige Resultate erzielt. Die Klinik war, trotzdem eine Voruntersuchung jedes Aufzunehmenden den Krankenzustrom etwas regulierte, zumeist mit über 90% der Betten belegt, oftmals überfüllt. Im letzten Berichtsjahr — von 1. 3. 1928 bis 1. 3. 1929 wurden behandelt 366 Kranke, davon wegen Nervosität und erworbener Neurasthenie 152, wegen Paralyse 77, Tabes und Hirnsyphilis 51, anderer organ. Nervenleiden 33. Beobachtet wurden 46. Wegen seelischer Abweichungen mußten 22 in die Hauptanstalt, wenn auch nur vorübergehend, verlegt werden.

Im Januar 1928 wurde durch Umwandlung des oberen Stockwerkes des Hauses I. ein sogenanntes Abstinenzsanatorium für Trinker Morphinisten und Kokainisten eingerichtet, das rechtlich zur Irrenanstalt gehört, aber den in der Anstalt rasch geistesklar werdenden Trinkern und andern Süchtigen einen gewissen Komfort, Trennung von den eigentlich Geisteskranken, den Geist der Enthaltsamkeit durch das abstinente ärztliche und Pflegepersonal, besondere Erziehung für die künftige Enthaltsamkeit von Rauschgiften gewährt. Leider ist das Abstinenzsanatorium mit seinen 60 Plätzen nicht in der Lage,

die Fülle der Aufnahmeanträge aus ganz Berlin, besonders von den Fürsorgestellen, auch nur annähernd zu bewältigen und leidet erheblich in seiner Arbeit durch den Massenandrang. Die Angliederung von Abstinenzsanatorien auch an die andern Irrenanstalten ist dringlich.

1924 wurde der Betrieb des Erziehungsheimes, der früheren Idiotenanstalt, dahin umgestellt, das alle idiotischen Kinder aus derselben entfernt, und nur wirklich erziehbare Kinder dort belassen wurden, also solche, welche nach Absolvierung des Schul- und handwerklichen Unterrichts im Alter von 16 Jahren nach draußen in eine Lehre entlassen werden und Aussicht bieten, sich außerhalb der Anstalt zu halten.

Die Durchführung solcher Auslese wurde dadurch gesichert, daß die hiesige Anstalt es übernahm, die Voruntersuchung für sämtliche, an Anstalten zu überweisende schwachsinnige Kinder aus der Stadt Berlin zu leisten und sie, je nach dem Befunde, einer mit Unterricht versehenen Anstalt oder einer solchen für nicht erziehungsfähige Idioten, sei es Berlins, sei es einer der Brandenburgischen Anstalten zu überweisen, in denen Berlin vertragsmäßig Krankenplätze zustehen.

Wir verfolgen sorgfältig, wie viele von unseren schulentlassenen Zöglingen sich draußen selbständig halten, wie viele einer kleinen wirtschaftlichen Unterstützung bedürfen und wie weit dieser von uns bewirkten Rückkehr der Schwachsinnigen in das Freileben rassenhygienische Bedenken entgegenstehen, dadurch, daß etwa Kinder von ihnen entstehen, die wiederum geistig beschränkt sind.

Die pädagogische Leitung des Erziehungsheims übte jahrzehntelang der durch dieses Wirken in weiten Kreisen bekannt gewordene *Hermann Pieper* aus. Seit dem Jahre 1923 ist sein Nachfolger sein Schwiegersohn *August Schramm* geworden.

Wir nennen das jetzt bei uns eingeführte System »Staffelsystem« nicht nur wegen der Angliederung der beschriebenen drei Sonderheilstätten an die Grundstaffel, an die Irrenanstalt, sondern auch deshalb, weil ein solches System organisatorische Verknüpfung mit der außerhalb der Anstalt sich vollziehenden sogenannten offenen Fürsorge bedingt, sei es, daß die Außenfürsorge von der Anstalt ausgeübt wird, sei es, wie das in Berlin sich entwickelt hat, im wesentlichen von den Fürsorgestellen der Bezirksämter. In diesem Sinne haben wir über weitere, mehr nach außen liegende Staffeln zu berichten: Von den Wittenauer Heilstätten wurde in der Nachkriegszeit, die ärztlich beaufsichtigte Familienpflege, welche im Krieg und Inflation zusammengeschmolzen war, in größerem Umfange wie zuvor wieder aufgebaut. Wir haben am ersten Mai 1929 untergebracht:

in fremden Familien 152
in Pflegeheimen 125
in eigenen Familien 145

zusammen .... 422 erwachs. Geisteskr.
Pflegegeld darf bis zur Hälfte der Anstaltsverpflegungskosten gewährt werden, es wird je nach der Leistungsfähigkeit bzw. der Pflegebedürftigkeit des Pfleglings abgestuft. Vom Erziehungsheim sind ehemalige Zöglinge in fremde Familien als Lehrlinge, Gesellen, Arbeitsburschen, Gartengehilfen untergebracht 47, dazu auf Kosten der Bezirksämter aber von uns betreut 71, zusammen 118 ehemalige Zöglinge. Die Gesamtzahl der Familienpfleglinge betrug daher 1. Mai 1929: 540, sie ist auch seither noch im Ansteigen.

Endlich haben wir von der Nervenklinik aus den neuen Versuch gemacht, Nervenkranke, deren Leiden sich als chronisch erwies, und die der Stützung dauernd bedürfen, statt in ein Hospital in unsere ärztlich beaufsichtigte Familienpflege zu überführen.

Eine weitere Form der offenen, aber an die Anstalt sich anlehnende Fürsorge hat sich durch die große Zahl der von uns einer Fieberbehandlung unterzogenen Paralytiker entwickelt. Seit Einführung der Malariatherapie der Paralyse in unserer Anstalt, 1922, haben wir mit Malaria rund 1500 Kranke, ferner eine kleinere Zahl von Kranken mit Rekurrens oder mit nichtlebenden Fiebermitteln behandelt. Es erwies sich vielfach als notwendig, die Nachbehandlung mit Wismuth oder mit Salvarsan nicht mehr in der Anstalt, sondern nach der Entlassung auszuführen. Es wurde fast durchweg erforderlich, die Entlassenen und besonders die wieder der Erwerbstätigkeit sich zuwendenden früheren Paralytiker in regelmäßigen Zeitabschnitten zu kontrollieren. Solche Kontrolle hat auf Grund der Nachuntersuchung der Geistesverfassung, des körperlichen Befindens und der Blut- und Rückenmarksflüssigkeitsbeschaffenheit oft lebenswichtige Entscheidungen zu treffen, z. B. ob der Betreffende seinen alten Beruf wieder ausüben oder heiraten kann.

Naturgemäß kann der Arzt der Anstalt, welcher den Patienten, seine Familie und die ganze Entwicklung der Krankheit kennt, für solche Behandlungs- und sozialen Entscheidungen den Kranken besser beraten als die städtischen Fürsorgestellen, welche ihn zu diesem Zwecke erst kennen lernen. Es hat sich daher eine umfangreiche Nachberatung der entlassenen Paralytiker, in geringerem Umfange auch der hier behandelten Süchtigen, welche oft ein besonderes Vertrauen zu ihren Anstaltsärzten bewahren, ausgebildet. Wir nennen diese Beratung „Entlassenenfürsorge". Sie wird uns durch die 1927 erfolgte Anstellung einer sozialen Anstaltsfürsorgerin erleichtert, welche die Kranken und ihre Familien erforderlichenfalls, allerdings in steter Fühlungnahme mit den Bezirksorganen, auch draußen besucht.

Einstellung einer zweiten Fürsorgerin, die hauptsächlich in der ärztlich beaufsichtigten Familienpflege tätig sein soll, steht in Aussicht.

Eine noch weiter nach außen, fern von den Anstaltsmauern liegende Staffel in der Fürsorge für Nervöse und Seelisch-Abnorme bildet die sogenannte Außenfürsorge, auch offene Fürsorge genannt. Sie hat sich in Deutschland zumeist im Anschluß an die Anstalten entwickelt, hat zunächst nur die Entlassenen betreut, wurde von Anstaltsärzten ausgeübt und hat sich erst allmählich auch den nicht anstaltsbehandelten Geisteskranken, Epileptischen, Süchtigen und Nervösen zugewandt. In Berlin sind in den letzten Jahren von den meisten Bezirksämtern Fürsorgestellen für Geisteskranke, andere für Trinker eröffnet worden. Organische Verknüpfung mit den zentralverwalteten Anstalten ist dabei nicht bewirkt worden, zunächst aus kommunalpolitischen Gründen, weil die Bezirksämter ihre Selbständigkeit, die sie in der weitverzweigten offenen Fürsorge auch für Säuglinge, Tuberkulöse, Geschlechtskranke usw. ausüben, nicht bei der Irren- und Nervösenbehandlung durchbrechen wollen. Es ist nicht zu leugnen, daß auch sachliche Gründe für eine mehr dezentralisierte und örtliche Tätigkeit auf diesem Gebiete sprechen. Sache künftiger Entwicklung wird es sein, das dabei im Interesse der Kranken erforderliche Zusammenwirken mit den großen Anstalten zu finden, welche bei geschickter Anordnung den örtlichen Bezirksamts-Fürsorgestellen auch manche technisch schwierige und zeitraubende Untersuchung, z. B. die Entnahme und Untersuchung der Rückenmarksflüssigkeit abnehmen könnten.

Eine nach den Grundsätzen des Staffelsystems gegliederte Anstalt, welche in einer ihrer einem Krankenhause rechtlich und tatsächlich gleichstehenden Sonderheilstätte nicht-geisteskranke Nervöse aufnimmt, konnte nicht mehr den alten Namen Dalldorf für die Gesamtheit ihrer Abteilungen und Außenstaffeln behalten. Schweren Herzens haben wir uns daher zu dem 1925 genehmigten Antrage an die Städtischen Behörden entschlossen, den Namen Dalldorf auf die Hauptanstalt, d. h. die Irrenanstalt zu beschränken und den Sonderheilstätten eigene Bezeichnungen zu geben, dem Ganzen den Namen: Wittenauer Heilstätten. Von solchen Bezeichnungen haben wir für unsere Kranken bereits die erhoffte Wirkung gewonnen: es ist für den aus den Wittenauer Heilstätten Entlassenen, von denen man nicht weiß, ob es ein Nervöser oder ein Paralytiker war, leichter draußen wieder Fuß zu fassen, als für einen früheren „Dalldorfer". Im Laufe der weiteren Entwicklung hoffen wir, von der hier durchgeführten, auch anderweit angebahnten Gliederung, daß überhaupt das Mißtrauen der Bevölkerung gegen die Irrenanstalten sich mindern wird.

Der Deutsche Verein für Psychiatrie hat auf seiner Mai 1929

in Danzig abgehaltenen Tagung das Hauptreferat — durch den bekannten bayrischen Psychiater *Kolb* — dem neuen Staffelsystem gewidmet und hat dasselbe durchaus gebilligt. Zahlreiche deutsche und ausländische Ärzte haben unsere Heilstätten besucht und der Wirksamkeit besonders auch der Nervenklinik ihre Anerkennung ausgesprochen.

In wirtschaftlicher Beziehung sei hier berichtet, daß die Umwandlung der betreffenden alten Häuser zu Sonderheilstätten (Nervenklinik, Abstinenzsanatorium), wenn die ohnehin erforderlichen Summen der baulichen Renovierung abgezogen werden, zusammen nur 50 000 M. gekostet hat. Siehe den Aufsatz von *Baar* in dieser Festschrift. Für Erweiterung der zentralen Einrichtungen und Erneuerung der veralteten Häuser der Irrenanstalt haben wir bisher bereits rund 3/4 Million Mark aufgewendet, und werden für die vollständige Neugestaltung der Anstalt noch zirka eine Million, für Einführung eines neuen Heizsystems 1 200 000 Mark gebrauchen. Alsdann würden die Wittenauer Heilstätten an Stelle der vor 50 Jahren gebauten Irrenanstalt Dalldorf als eine völlig moderne Vereinigung von Heilstätten dastehen. Gerade in den 50 Jahren der Dalldorfer Geschichte sind unsere Erkenntnisse von unterschiedlicher Wesensart und Behandlung der Geisteskranken, Epileptischen, jugendlichen und erwachsenen Psychopathen, Süchtigen, Rückenmarkskranken und Nervösen erst gewonnen worden Es entspricht nur den Fortschritten der Wissenschaft und nicht irgendwelcher Liebhaberei, wenn wir dementsprechend auch eine vielgestaltige Anstaltsbehandlung einführten.

Es ist die Frage geprüft worden, ob die alte Anstalt Dalldorf überhaupt instand gesetzt oder an anderer Stelle neu aufgebaut werden sollte. Der schöne, die Anstaltsgebäude umfließende Park mit seinen weiten Rasenflächen, wundervollen Baumbeständen, hübschem Weiher, ein Dorado der Singvögel, würde für den 20. Bezirk eine wertvolle Erholungsfläche abgeben. Trotzdem mußte die Frage vertagt werden. Die alte Stadt Berlin hatte für ihre 2 Millionen Einwohner vor dem Kriege vier Anstalten im Betrieb, hatte damit 1906 die Geisteskranken aus den Privatanstalten herausziehen können und gerade eine fünfte Anstalt für Alt-Berlin erbaut, als der Krieg diese Anstalt zu Lazarettzwecken, später die Nachkriegszeit als Kinderheilanstalt erforderte. Nun sind für den Zuwachs von mehr als zwei Millionen Bewohner des jetzigen Berlins ohnehin schon zwei neu zu eröffnende Anstalten vorgesehen, ohne daß ein Rückfluten der 5000 in Provinzialanstalten ausgegebenen Kranken dabei eingerechnet ist.

Als die früher zur Provinz Brandenburg gehörigen Vorortgemeinden durch Gesetz von 1920 eingemeindet waren, erfolgte durch Schiedsspruch eine Regelung über die Versorgung der Geistes-

kranken. Die Brandenburgischen Anstalten, welche früher auch die Vorortskranken aufgenommen hatten, blieben sämtlich im Besitze der Provinz. Aber der Stadt Berlin wurde bis zum Jahre 1933 das Recht zugesprochen, 5000 Plätze dieser Anstalten zu belegen. Zu diesem Zeitpunkt fallen zunächst 700 Betten für Geisteskranke weg. Diese Regelung wirkt sich zur Zeit der Abfassung dieses Berichtes, Mai 1929, dahin aus, daß in den Wittenauer Heilstätten sich 1850 Kranke befinden, darunter allerdings 60 Kranke der Nervenklinik Wiesengrund als Nichtgeisteskranke, in Herzberge zirka 1500, in Buch zirka 2200 Geisteskranke, in Wuhlgarten 1160 Geisteskranke und Epileptische. In den Provinzialanstalten befinden sich zu dem gleichen Zeitpunkte über 5000 Geisteskranke und Hospitaliten der Stadt Berlin. Fortgesetzt werden in diesen Jahren in Massentransporten städtische Kranke in verschiedene Provinzialanstalten übergeführt. Ursprünglich wurden möglichst Kranke ausgesucht, die keine Angehörige mehr besaßen. Da solche nicht mehr vorhanden sind, erfolgen jetzt die Verlegungen immer mit berechtigter Betrübnis der Angehörigen, welche Besuche nach Landsberg, Sorau, Neuruppin naturgemäß nur mit geldlichem und zeitlichem Aufwand machen können. Immerhin können auf diese Weise jeweilig, wenn auch mit Mühe, die erforderlichen Plätze in den Berliner Anstalten für den starken Zustrom an Neuaufnahmen geschaffen werden. Durch die Fortschritte der Wissenschaft, der Fürsorge, demnächst auch durch das neue Strafvollzuggesetz werden der Psychiatrie immer neue Arten von seelisch Abnormen zur Anstaltsbehandlung und weiteren Betreuung zugewiesen. In diesem Augenblick wäre es bei unsern wirtschaftlichen Verhältnissen kaum möglich, eine wohlgeeignete Anstalt zu zerschlagen und Neuaufbau in Aussicht zu nehmen. Dazu kommt, daß Dalldorf und Herzberge für die oft rasch erforderliche Aufnahme frisch Erkrankter äußerst günstig gelegen sind, während neue Anstalten naturgemäß immer weiter aus dem Stadtinnern herausgelegt werden müssen.

Endlich drängt in die gleiche Richtung eine neuerliche Erkenntnis: Von deutschen Großstädten haben außer Berlin nur wenige wie Hamburg und Düsseldorf unmittelbare Aufnahmen der frisch Erkrankten. Andere wie München, Dresden und Leipzig führen das Gros der seelisch Erkrankten zunächst in Durchgangsstationen (Stadtasyle) und dann in die Heil- und Pflegeanstalten.

Es muß offen ausgesprochen werden, daß für einen zahlenmäßig großen Anteil dieser Kranken, die Schizophrenen, das wochenlange Zubettliegen neben anderen von Sinnestäuschungen geplagten frisch Erkrankten, das in Stadtasylen kaum zu umgehen ist, keineswegs günstig ist, daß für diese Kranken vielmehr da, wo medikamentöse Behandlung versagt oder als aussichtslos gar nicht erst versucht

wird, die moderne aktive Beschäftigungstherapie sofort in den Heil- und Pflegeanstalten begonnen werden sollte.

Auch sonst hat es für die Kranken und Angehörigen große Vorteile, wenn die begonnene Anstaltsbehandlung nicht rasch wieder an einen andern Ort verlegt wird. Die Wittenauer Heilstätten werden somit das erste halbe Jahrhundert ihres Bestehens abschließen mit der Aussicht, daß sie noch zum mindesten einen gleichen solchen Zeitraum den geistig und nervös Erkrankten zu dienen haben.

In diesem kurzen Abriß des Berliner Irrenwesens, wie es sich in der Geschichte von Dalldorf-Wittenau wiederspiegelt, ist viel von Bauten und Einrichtungen für die Kranken, wenig von der Tätigkeit der Ärzte, Pfleger und Beamten die Rede gewesen. *Kolb* hat aber mit Recht gesagt, daß nicht kostspielige, reichverzierte Gebäude, sondern der Geist der Anstalt, der besonders von den Ärzten ausgeht, das meiste für das Wohl der Kranken ausmacht. Hier nur ein kleines Beispiel solchen stillen, aber bewußten Bestrebens: Wir haben eingeführt, daß die Auskünfte und Nachrichten an die Angehörigen nicht mehr, wie das seit Jahrhunderten in Anstalten üblich ist, im Amtsstil ergehen, sondern in der Form eines Briefes: Sehr geehrter Herr X, und entsprechender Tonart. Die persönliche Behandlung der Angehörigen bei ihren oft mühsamen und peinlichen Besuchen der Anstalt geschieht planmäßig so zuvorkommend wie möglich. Viel kann die sorgfältige Auswahl geeigneten ärztlichen Nachwuchses bewirken. Solche Auslese wird, da unsere Anstalten weniger für die Zukunft eines Arztes bieten als die Krankenhäuser, nur möglich bei wirtschaftlicher Besserstellung. Als großer Fortschritt ist daher zu verzeichnen, daß neuerdings bewährte Assistenzärzte nach 5 Jahren ärztlicher, auch nicht-Berliner Tätigkeit zu beamteten Ärzten befördert werden können.

Wissenschaftliche Tätigkeit bringt die jungen Ärzte immer wieder zu allen Tageszeiten auf die Krankenabteilungen und ist schon deshalb im unmittelbaren Interesse der Kranken zu unterstützen, abgesehen von ihrer weitertragenden Bedeutung für das Verständnis der Krankheitserscheinungen und für eine erfolgreiche Behandlung derselben.

Zeitweilig gibt in der Konferenz einer der Ärzte eine besonders vorbereitete Krankenvorstellung oder Darlegung. Neue wissenschaftliche Belehrung strömt auch von dem 1927 mit einem eigenen Prosektor besetzten pathologischen Laboratorium aus, das jetzt erweitert werden soll.

Anregung bringt ferner die Lehrtätigkeit, eines von uns an der Universität, eines andern an der Sozialhygienischen Akademie, zweier Ärzte in der Dozentenvereinigung, die mehrfache Abhaltung von Fortbildungskursen.

Die planvolle, nur von einem leitenden Facharzte zu leistende

zentrale Leitung einer großstädtischen Riesenanstalt mit zirka 2000 Kranken und fast der doppelten Zahl jährlicher Aufnahmen, solche gleicherweise ärztliche und Verwaltungstätigkeit, wird immer die ganze Kraft eines Mannes erfordern. Wie der Leiter der Anstalt dabei von wackeren Ärzten und Beamten nachhaltig unterstützt wird, eine wie reiche und selbständige Arbeit dabei dem einzelnen sich bietet, grade wenn er sich in die Gesamtziele der Anstalt einfügt, das hoffen die nachfolgenden wissenschaftlichen Aufsätze zu zeigen.

Die bauliche Erneuerung der zentralen Einrichtungen und der Krankenpavillons zu einer modernen Anstalt mit den geschilderten Zielen ist planmäßig begonnen, aber bisher aus wirtschaftlichen Gründen nur im langsamen Tempo durchgeführt worden. Es waren daher zum Jubiläumsjahre zwei wirkliche Festtage für uns, als der Haushaltsausschuß der Stadtverordnetenversammlung uns am 7. Juni 1929 besuchte, eine durchgreifende Erneuerung in Aussicht nahm und als der Magistrat sich diesem Beschlusse anschloß.

Die in den letzten Jahren in Durchführung des Staffelsystems gewonnene Gliederung unserer Heilstätten gibt ihnen in der Tat immer mehr das Gepräge einer in erster Linie zur Heilung der Aufgenommenen bestimmten Krankenanstalt. Diese Gliederung fördert die Behandlungsfreudigkeit der Ärzte.

Die Arbeit des Abstinenzsanatoriums und der Nervenklinik kommt nicht nur den in ihnen verpflegten Süchtigen einerseits und den Nervösen andererseits zugute. Wie erwartet wurde, verliert sich durch das Gesamtgepräge der Wittenauer Heilstätten langsam auch das von den Psychiatern seit jeher beklagte Mißtrauen des Publikums gegen ihren Kern, gegen die Irrenanstalt.

Was lehrt uns dieser die letzten 50 Jahre umfassende Überblick nun für die künftige Gestaltung der Wittenauer Heilstätten und damit der Berliner städtischen Fürsorge der Geistes- und Nervenkranken überhaupt?

Schon seit Mitte des vorigen Jahrhunderts hat man in Berlin Geisteskranke von den Epileptischen getrennt, weil die Mehrzahl der letzteren außerhalb der Krampfzustände geistesklar ist und unter den Äußerungen der Geisteskranken teilweise leidet. Der Fortschritt wissenschaftlicher Erkenntnis hat uns neben den Geisteskranken und Epileptischen im letzten Halbjahrhundert eine große Zahl anderer Sondergruppen der Seelisch- und Nervös-Abnormen kennen und behandeln gelehrt: Die Süchtigen, darunter die sozialhygienisch so wichtigen Trinker und Morphinisten. Die Psychopathen, von denen sich die Jugendbewegung der Jugendlichen angenommen hat, während die Erwachsenen trotz aller organisatorischen Anstaltsfürsorge und legislativen Vorschläge befriedigende Behandlung nicht gefunden haben. Diejenigen beschränkten Kinder,

die an den Hilfs- und ähnlichen Sonderschulen nicht zu behandeln sind und eine Anstaltserziehung finden müssen. Die geistig völlig gesunden, aber organisch Nervenkranken, wie die Rückenmarksschwindsüchtigen, die an multipler Sklerose und an Nervengeschwülsten Leidenden. Dann das Heer der einmalig nervös Erschöpften und der dauernd nervös Veranlagten, dabei zeitweilig stärker Leidenden und zeitweise der Behandlung Bedürftigen. Endlich die nach Unfall und nach ähnlichen körperlichen und seelischen Stößen Leidenden, bei denen die Vertreter der Wissenschaft noch in Extremen der Beurteilung schwanken, die einen nur die Begehrungsvorstellungen und ihre Folgeerscheinung sehen, während die anderen nur den Krankheitswert der Beschwerden einschätzen. Die Praxis gerade in den nächsten Jahren wird hier noch den vernünftigen, wirklich dem Interesse der Beobachteten und Behandelten dienenden Ausgleich erringen müssen. All diese Geisteskranken, Epileptischen, Süchtigen, Rückenmarkskranken, Nervösen und Unfallbetroffenen hat die moderne Anstalt für seelisch und nervös Abnorme zu betreuen. Unsere Heilstätten brauchen dazu noch die Erweiterung der jetzt nur für Männer dienenden Nervenklinik um eine Frauenabteilung. Das Bedürfnis dazu ist groß. Im Anschluß an diese Abteilung könnte auch für die nervenkranken Kinder gesorgt werden. Die Schwesteranstalten werden möglichst bald je ein Abstinenzsanatorium erhalten müssen, wie dies auch die Denkschrift des Hauptgesundheitsamt vorsieht. Das unsrige allein kann das Bedürfnis der Vier-Millionenstadt nicht befriedigen. Die Rückkehr der idiotischen unerziehbaren Kinder, die 48 Jahre von uns behandelt wurden, in eine neu zu errichtende hiesige Abteilung wäre zu wünschen, damit der Aufgabenkreis der Anstalt ein geschlossener bleibt, und jeweils die eine Abteilung auch der anderen nützt; z. B. die Belehrungs- und Unterhaltungseinrichtungen der Hauptanstalt auch den Kindern dienen, die Lehrer des Erziehungsheims auch für erwachsene Patienten verwandt werden.

Je mehr die Anstalt auf die Heilung oder doch rasche Besserung ihrer Kranken eingestellt ist, desto mehr wird sie die chronisch Kranken wieder aus der Anstalt herausgeben müssen, sei es in Familienpflege, sei es in die offene Fürsorge. So wirkt das Staffelsystem zugleich in wirtschaftlicher und humaner Richtung sich aus.

Drittens aber hilft die Vielseitigkeit der Krankheitsgruppen der Ausbildung des Pflegepersonals und der Ärzte und endlich auch der Pflege der Wissenschaft.

So hoffen wir, wie es im vergangenen halben Jahrhundert ein Ehrentitel der Anstalt Dalldorf war, gleichzeitig ihren Kranken und der Wissenschaft zu dienen, daß in den kommenden Jahren die Wittenauer Heilstätten auch ihre nunmehr erweiterten Aufgaben im gleichen Sinne erfüllen werden.

Mikroskopische Veränderungen des Gehirns bei Gasbrand.

Von

San. Rat Dr. **F. Reich,** Dirig. Arzt, Berlin-Wittenau.

Der Gasbrand, eine äußerst gefährliche, meist tödliche, mit Bildung von Oedem und Gasentwicklung einhergehende Erkrankung der Gewebe, die insbesondere durch den von *Fraenkel* entdeckten Bacillus phlegmones emphysematosae hervorgerufen wird, ist im Frieden immer exzessiv selten gewesen. Der Weltkrieg gab die traurige Gelegenheit, diese Krankheit bei Kriegsverwundeten an einer überreichen Zahl von Fällen zu beobachten. Es ist dabei den verschiedensten Beobachtern aufgefallen, daß beim Gasbrand Krankheitszeichen sich finden, die auf Beteiligung des Zentralnervensystems hindeuten wie Apathie, Teilnahmlosigkeit, Schlafsucht, ängstliche Unruhe, zerebrales Erbrechen, Singultus, Dyspnoe, starke Pulsbeschleunigung, Schweißausbrüche. Meist wird die Beteiligung des Zentralnervensystems auf toxische Wirkungen zurückgeführt. Einzelne Autoren (*Haberland*) denken auch an organische Gehirnveränderungen. Über diese ist wenig bekannt. Ursprünglich nahm man an, daß das Gehirn, selbst wenn es der Ort der Verletzung war, gegen Gasbrand gefeit wäre, indem diese Erkrankung ausschließlich von den zerfetzten Massen der quergestreiften Muskeln ausgehen sollte (*Bier*). Es wurde dann doch eine Anzahl von Ausnahmefällen im Kriege beobachtet, wo das verletzte Gehirn Sitz des Gasbrandes war (*Tietze* und *Korbsch,* 1915. *Rychlik,* 1916. *Mannel* bei Marwedel, 1917. *Ritter,* 1916. *Bier, Payr,* 1916. *Jakobsohn,* 1917. *Chiari,* 1917. *Marwedel,* 1917.) Über Mitbeteiligung des Gehirns in Fällen, in denen der Gasbrand primär seinen Sitz an einem anderen Körperteil hat und dadurch gesetzte anatomische Veränderungen ist nur ganz selten etwas beobachtet:

Wicklein, 1891: fand die Gehirnsubstanz in mehreren Fällen sehr blutreich, die Gehirnhäute ebenfalls blutreich und stark blutig imbibiert. Es handelt sich in seinen Fällen, aber nicht um den *Fraenkel*schen Bazillus, sondern um einen andern anaeroben Gasbrand erzeugenden Bazillus, der von ihm als »Bacillus emphysematis maligni« bezeichnet wurde. *Halban,* 1900: bemerkte bei einem Uterusemphysem mit Gassepsis im Puerperium folgende Gehirnveränderungen: In den Hirngefäßen fand sich Gas. Das Marklager des Gehirns war stärker durchfeuchtet, im Ventrikel befand sich eine geringe Menge rötlich gefärbter Flüssigkeit. *Anders,* 1917, fand in allen von ihm untersuchten Fällen Hyperaemie der Gefäße der Hirnhäute, die in einigen Fällen schwappend gallertig erschienen, Hydrocephalus externus und internus, Gehirnoedem, besonders in den der

Rinde benachbarten Teilen. Die Gehirnrinde war auffallend blaß. Auch *Floercken*, 1918, fand zumeist eine starke Hyperaemie der Piagefäße, ferner ebenfalls ein Oedem der Pia, der Arachnoidea und Hirnrinde. *Bonhoeffer*, 1918, ist geneigt, akute Gehirnschwellung zu den Folgen des Gasbrandes zu rechnen, die unter Umständen so schnell eintreten könne, daß der Tod erfolgt, noch ehe an der Wunde die Veränderungen des Gasbrandes sichtbar werden.

Mikroskopische Untersuchungen über das Verhalten des Gehirns bei Gasbrandinfektion liegen nur ganz wenige vor. *Anders* fand in den Ganglienzellen deutliche schwere regressive Veränderungen. Das Plasma der Zelle war aufgehellt, die Trigroidschollen verklumpt, z. T. aufgelöst. Einzelne Zellen erschienen in toto vergrößert und gequollen, andere zeigten an der Stelle der Tigroidschollen feinste Körnchen und sahen wie bestäubt aus. Der Zellkern zeigte oft eine gefältelte Membran, stellenweise ungleichmäßiges, gefärbtes Karyoplasma, oft starke Schrumpfung und unscharfe Begrenzung gegen das Zellplasma infolge mangelhafter Färbung des peripheren Teils des Kernes. Manchmal bildete sich um den Zellkern im Zellplasma eine konzentrische helle Zone, wie der Hof des Mondes. In manchen Zellen war der Kern exzentrisch in einem wolkigen aufgelockerten Zellplasma gelagert. Die Achsenzylinder zeigten ausgesprochene Schlängelung, waren z. T. spiralig aufgedreht, oft war kolbige Auftreibung und pigmentärer Zerfall mit Bildung von Hantelformen bemerkbar. Die Trabantzellen der Ganglienzellen zeigten neuronophagieähnliche Bilder. Im Mark fanden sich in der Umgebung der Gefäße zahlreiche amöboide Gliazellen. Die perivaskulären Räume waren vollgestopft von den verschiedensten Zellarten, Detritus und Pigmentschollen. Die Frage, ob sich diese Veränderungen ganz gleichmäßig verteilt in der Hirnrinde finden, oder ob es sich um fleckweise auftretende Degenerationen handelt, läßt *Anders* offen. Auftreten miliarer Degenerationsherde wird nicht erwähnt. Er hält diese Veränderungen, die er als Todesursache ansieht, für toxisch bedingt und vergleicht sie mit den Veränderungen bei Tieren, die mit Dysenterietoxin, Guanidin und Picrotoxin vergiftet sind.

Floercken, 1917, fand mikroskopisch in fünf untersuchten Fällen keinerlei ausgeprägte Veränderungen der Ganglienzellen. Er bemerkte nur Hyperaemie der Piagefäße, Oedem der Pia, der Arachnoidea und der Hirnrinde.

Spielmeyer, 1922, fand in seinem Falle das Bild der akuten Schwellung der Ganglienzellen über das ganze Zentral-Nervensystem ausgebreitet, außerdem im Kleinhirn, die von ihm in seiner Histopathologie des Nervensystems abgebildete homogenisierende Erkrankung der Purkinje-Zellen, begleitet von einer Wucherung von Gliastrauchwerk: der Zelleib war blaß und opalisierend oder er war noch leicht anfärbbar. Der Kern schrumpft zusammen, »indem sich die

Kernmembran mit dem Rest der Kernmasse auf dem meist etwas vergrößerten, maulbeerartig vakuolisierten Kernkörperchen niederschlägt. »Später treten in der Zelle, die anfänglich homogen oder mehr schollig ist, kugelige Hohlräume auf, so daß das Gebilde vakuolisiert erscheint, offenbar infolge von manchmal eintretender Verflüssigung. In den Endstadien bleibt noch lange Zeit der metachromatisch grünblau gefärbte Kern und schließlich nur noch das violette Kernkörperchen zurück.« Die Gliazellen zeigen an manchen so erkrankten Zellen lebhafte Wucherungserscheinungen mit Umklammerung der Ganglienzelle, bisweilen sogar Bilder echter Neuronophagie und Bildung eines die abgeschmolzenen Zellfortsätze substituierenden Gliastrauchwerks. Die Abschmelzung der Zellfortsätze kann schon erfolgen, noch ehe Veränderungen an der Zelle recht sichtbar sind.

Während die bisher genannten 3 Autoren, wenn auch ihre Resultate untereinander stark differieren, bei mikroskopischer Untersuchung zu positiven Ergebnissen kamen, stellen *Fraenkel* und *Wohlwill*, 1918, deren Arbeit sich besonders gegen *Anders* wendet, auf das bestimmteste jede wesentliche Veränderung des Gehirns in Abrede. Sowohl bei ihren Versuchstieren als auch bei einem menschlichen Gehirn, das sie untersuchen konnten, fanden sie außer ganz vereinzelten und ganz belanglosen Veränderungen von Ganglienzellen — und Gliazellen — nichts Pathologisches. Sie vermißten auch Hyperaemie und Oedem der Pia, der Arachnoidea und der Rinde, und die von *Anders* beobachteten Abbauerscheinungen sowie alle von *Anders* angegebenen Veränderungen an Ganglienzellen, Gliazellen, Markscheiden, Neurofibrillen und Gefäßen, und hegen Zweifel, ob die von den beiden Autoren angegebenen Veränderungen nicht etwa Folgen einer ganz anderen Krankheit sein könnten, die den Gasbrand komplizierte. Neue Untersuchungen fehlen, da Fälle von Gasbrand im Frieden zu den eminenten Seltenheiten gehören. Ein Teil der erwähnten Befunde bezieht sich nur auf je einen einzelnen Fall. Ich selbst habe bisher in Jahrzehnten auch nur einen Fall dieser Art gesehen. Da seine histologische Untersuchung zu Resultaten ganz eigener Art geführt hat, ist es doch wohl berechtigt hier über ihn zu berichten: Der Fall ist wahrscheinlich ein sogenannter Injektionsfall. Da Zufälle dieser Art, die sich an einen ganz allgemein geübten und als völlig harmlos bekannten Eingriff anschließen, erstens äußerst selten, zweitens in ihrer Genese lange noch nicht hinreichend geklärt sind, verdient jeder solcher Fall auch in klinischer und therapeutischer Hinsicht das allgemeinste Interesse und es möge daher auch Krankheitsbild und Verlauf des Falles kurz geschildert werden:

Der beobachtete Fall ist folgender:

49jähriger Mann, Paralytiker, wird am 3. 1. 1928 den Wittenauer Heilstätten überwiesen. Syphilitische Infektion weit zurückliegend, Zeitpunkt

nicht genau zu bestimmen. Im Jahre 1925 Grippe. Seitdem nervös, erregt, Nervenschmerzen. Hat bereits vor der Aufnahme eine Saprovitankur ohne Erfolg durchgemacht. Hier deutliches paralytisches Symtomenbild. Euphorischer Rededrang ohne inneren Zusammenhang. Desorientiertheit, Störung der Merkfähigkeit. Körperliche Zeichen der Paralyse. Deutliche Sprach- und Schriftstörung. Wassermann in Blut und Liquor stark positiv.

Mastix, Siliquid und Pandy positiv.

Diagnose: progressive Paralyse.

Vom 8. 2. 1928 ab, macht er eine Malariakur durch und zwar 11 Fieberzacken in Quartantyp bis zum 16. 3. 28. Dann Chiningaben: am 16. 3. 1,2 Chinin. bimuriaticum; am 17. 3. 1,2 Chin. bim.; am 18. 3. 0, 6 Chin. bim., subcutan. Seit 16. 3. keine Malariaanfälle mehr. Nur noch zwei kleine schnell vorübergehende Temperaturzacken von 38° am 19. 3. und am 20. 3. Am 21. 3. mittags unter Schüttelfrost plötzlich erneuter hoher Anstieg der Temperatur, die 40° erreicht. Puls hochgradig beschleunigt, bis 140. Pat. wird über Nacht ikterisch, hat mehrere dünnflüssige Stühle. Das Fieber hält an. Cardiazol und Campher. »22. 3. Exitus.« Schwellung und lokale Verfärbung der Haut, sowie Gasknistern waren im Leben nicht nachweisbar. Es erhob sich sofort der Verdacht, daß die letzte Fiebersteigung nicht auf ein Malariarezidiv zurückzuführen sei. Eine aus diesem Grunde noch in vivo vorgenommene Blutuntersuchung ergab Fehlen von Malariaplasmodien. Das bestätigte die Vermutung, daß eine andere Infektionskrankheit hinzugetreten sein müsse. Welcher Art dieselbe wäre, konnte erst bei der Sektion festgestellt werden.

Die Körpersektion ergab am rechten Oberschenkel und der rechten Gluteusgegend und Kreuzbeingegend die Erscheinungen des Gasbrandes. Zundriger Zerfall der mißfarbenen Muskulatur, seröse mißfarbene Flüssigkeit, die nach Schwefelwasserstoff stinkendes Gas enthält. Kein Eiter. Schmutzig blaurote Hautfärbung. Das Oedem dehnte sich nach vorn aus bis in die Haut des Penis. Eine etwa handtellergroße Metastase in der unteren Halsgegend. Leber und Niere zeigten deutliche Schaumorganbildung. Im Dünndarm einige submucoese Gasansammlungen. Gas in der Bauchöhle. Starke Atheromatose der Aorta. Die Gehirnsektion ergab: Der Schädelhöhle entströmt bei der Eröffnung mit fauchendem Geräusch reichlich nach H_2S riechendes Gas. Weiche Häute über dem Stirn- und Schläfenhirn, rechts, beinahe bis zum Okzipitalhirn stark getrübt. Windungen atrophisch, Seitenventrikel nicht erweitert. Ependymitis granularis. Gehirngewicht gut, 1350 g. Linker Linsenkern, nach Formalinhärtung geschnitten, zeigte zahlreiche, stecknadelkopf- bis sagokerngroße zystische Höhlen, so daß stellenweise ein schweizerkäseartiges Bild entsteht.

*Spatz*sche Eisenreaktion negativ. Bakteriologischer Befund (Institut Robert Koch): »Bazillus *Fraenkel*«.

Die zur Injektion verwendete Chininlösung erwies sich steril. Eine bakteriologische Untersuchung von Kanüle und Spritze war zwecklos, da sie nachher bereits wiederholt verwendet und ausgekocht waren. Bemerkt sei noch, daß die Injektion unter den hier regelmäßig angewendeten und erprobten aseptischen Kautelen vorgenommen wurde.

Es handelt sich in unserem Falle, wenn wir ihn kurz zusammenfassen darum, daß sich bei einem Paralytiker, der eine Malariakur durchgemacht hatte, unmittelbar im Anschluß an die Entfieberung, die durch drei subkutane Injektionen von Chinin. bimuriaticum in

den Oberschenkel prompt erfolgte, plötzlich eine hochfieberhafte, mit starker Pulsbeschleunigung, Icterus, Durchfall verbundene Krankheit entwickelte, die im Laufe von etwa 24 Stunden tödlich endete, und erst post mortem die lokalen Zeichen des Gasbrandes erkennen ließ. Als Erreger ergab sich der *Fraenkel*sche Gasbrandbazillus. Es mögen hier zunächst, ehe ich auf den histologischen Befund eingehe, einige kurze Bemerkungen über die klinische Seite des Falles — unter Vergleich mit den anderen in der Literatur bekannten Fällen — erfolgen. Bemerkenswert ist der ganz schnell und akut tödliche Verlauf, den man im Gegensatz zu den viel häufiger in Genesung ausgehenden Fällen von Wundgasbrand bisher in allen Injektionsfällen beobachtet hat, in denen Medikamente injiziert wurden. Nur dreimal wird in der Literatur von Genesung berichtet. Das waren ausschließlich Patienten bei denen nur Kochsalz injiziert war.

Die Erfahrung lehrt, daß der Gasbrand sich im Anschluß an eine Injektion fast nur da entwickelt, wo es sich um Kranke handelte, die wegen einer anderen schweren Infektionskrankheit in Behandlung standen. Oder die durch eine Infektionskrankheit stark geschwächt waren. Unter 30 Fällen — mehr sind bei genauester Durchsicht in der deutschen Literatur nicht zu finden — handelte es sich zehnmal um Pneumonie resp. Grippepneumonie, eine Tatsache, die im Sinne einer Aktivierung der Oedembazillen durch eine Mischinfektion gedeutet werden kann. Dann waren es oft Patienten mit schweren Darmkrankheiten wie Typhus, Pyloruskarzinom, Magenkarzinom, Cholecystis, Appendicitis, Colitis mucosa, wo die Frage in Betracht kommt, ob nicht die Gasbranderkrankung an der Injektionsstelle hervorgerufen ist durch Gasbrandbazillen, die als Darmbewohner durch die Darmerkrankung bei geschwächten Individuen die Möglichkeit fanden, in die Gewebe einzuwandern.

In zwei Fällen handelte es sich um durch Avitaminose sehr stark mitgenommene Personen, wo also nur eine Anfälligkeit der Gewebe durch Ernährungsstörung in Betracht kam. Nur zweimal waren es Gesunde (Fall Braun), oder Patienten mit rein lokalen Leiden. (Fall Kemkes). Ein Fall wie der unsere, in dem es sich um eine mit Malaria behandelte Paralyse handelte, ist bisher nicht beobachtet. Daß wir es hier ebenfalls mit einem durch Infektionskrankheit stark geschwächten Individuum zu tun hatten, liegt auf der Hand.

Von den Medikamenten, deren Einspritzung Gasbrand auslöste, kommt mit ganz auffallender Häufigkeit und zwar in mehr als der Hälfte der Fälle Coffein in Betracht, sonst sind genannt: Kampfer, Digalen, Morphium, Morphium mit Schwefelsäure, Scopolamin, Asthmolysin, Afenil. Das Chinin ist bisher nie erwähnt. Von *Hackenbruch* werden sogar Chinininjektionen bei Gasbrand therapeutisch

verwendet. Der Einfluß des Coffeins wird auf seine nekrotisierende Wirkung gegenüber der Muskulatur zurückgeführt (*Ostrowsky*).

Die Symptome sind keineswegs immer die gleichen. Es gibt kaum ein Symptom, das nicht fehlen kann. Am häufigsten scheint eine auffallende Pulsbeschleunigung — in unserem Fall bis 140 — zu sein. Das Fieber kann sehr hoch sein, in unserem Falle 40,9, es gibt es auch Fälle, die ganz fieberfrei verlaufen. Lokale Erhöhung der Hauttemperatur gehört nicht zum Bilde. Icterus, der auf Blutdissolution beruht, wie *Fraenkel* festgestellt hat, war in den Injektionsfällen häufiger als in den Kriegsfällen. Ich finde ihn bei den Injektionsfällen nur fünfmal verzeichnet. Durchfall, der in unserem Fall im Vordergrund stand, ist im Kriege oft als pathognomonisches Zeichen angesprochen, bei den von mir zusammengestellten Injektionsfällen ist er nur einmal erwähnt. Konstant sind nur die lokalen Symptome, Bildung von gashaltigem Oedem im Zellgewebe und mißfarbiges Aussehen der darunter gelegenen zundrig zerfallenen Muskulatur. Geruch des Gases nach Schwefelwasserstoff ist oft vorhanden, kann aber auch fehlen, und ist nicht pathognomonisch (*Fraenkel*). In unserem Falle, ebenso im Falle *Merk*, traten die Lokalsymptome erst post mortem zutage. Es zeigt das die große Wichtigkeit regelmäßiger Vornahme der Sektionen. Ein sofort an die Injektion sich anschließender, allmählich zunehmender lokaler Schmerz kann beweisend für den Zusammenhang des Gasbrandes mit der Injektion sein. In dem vorliegenden Falle fehlte er. Eiterung gehört nicht zum Bilde des Gasbrandes und scheint in reinen Fällen regelmäßig zu fehlen, wie überhaupt die Abwehrreaktion der Gewebe gegen den Bazillus *Fraenkel* sehr gering ist. Die Wirkung des Bazillus scheint hauptsächlich in einer Abtötung des Gewebes ohne Auftreten entzündlicher Erscheinungen zu bestehen.

Ganz ausgesprochene Prädilektionsstelle ist der Oberschenkel mit seiner dicken Muskulatur. Dies betrifft sowohl die Kriegs- wie die Injektionsfälle. Unter den von mir zusammengestellten Fällen war nur einmal der Unterschenkel und ein einziges Mal der Vorderarm Sitz des Gasbrandherdes, sonst immer der Oberschenkel und die Hüfte betroffen. Zweimal waren Oberschenkel und Oberarm gleichzeitig befallen. Da auch spontan entstehende Gasbranderkrankungen vorkommen und diese ebenfalls eine ausgesprochene Prädilektion für den Oberschenkel zeigen, ist man nicht ohne weiteres berechtigt, jeden Fall, in welchem sich ungefähr zeitlich gleichzeitig mit einer Injektion in den Oberschenkel Gasbrand an demselben entwickelt, als einen Injektionsfall anzusprechen. Bei der großen Häufigkeit, mit der subkutane oder intramuskuläre Injektionen vorgenommen werden, und bei der sehr großen Seltenheit des Gasbrandes muß auch mit einem zufälligen Zusammentreffen zwischen spontaner Gasbranderkrankung und Injektion gerechnet werden.

Mängel der Asepsis sind in vereinzelten Fällen als Ursache nachgewiesen. *Nauwerk* fand in der zur Einspritzung verwendeten Coffeinsalicylatlösung Bazillen des malignem Oedems. *Knauer* gelang der Nachweis, daß wenn eine Ampulle an ihrer Außenfläche anaerobe Bazillen trägt, der Inhalt derselben beim Öffnen der Ampulle durch kleine Glassplitter infiziert werden kann. *Wanke*, der zur Desinfektion seiner Kanülen 96% Alkohol verwendete, fand auf seiner Abteilung eine Anzahl Kanülen trotz dieser Behandlung mit Fraenkelbazillen behaftet und warnt daher mit Recht vor diesem Verfahren. Nicht 96%, sondern schwächerer Alkohol hat Desinfektionswert. Abkochung ist wesentlich sicherer.

In unserem Fall ist ganz aseptisch vorgegangen, die Kanülen werden regelmäßig abgekocht, die injizierte Lösung erwies sich als steril. Als Ursache dafür, daß trotz vorsichtigster Sterilisierung Gasbranderkrankungen vorkommen können, wird von den Autoren darauf hingewiesen, daß erstens Gasbrandbazillen von unsauberen Kranken nachträglich in den Stichkanal eingerieben werden können, daß zweitens Gasbrandbazillen in der Tiefe der Hautdrüsen gelagert sein können, wo sie die Desinfektion nicht erreicht und von hier aus mit der Injektionsnadel in die Tiefe befördert werden können, daß schließlich jede Injektion im Körper einen Locus minoris resistentiae setzt, in welchem in dem Körpergewebe und den Körpersäften in seltenen Fällen vorhandene Gasbrandbazillen wirksam werden können: — Theorie der schlummernden Infektion von *Manfredi* und *Haberland* — eine Theorie, die vielleicht zunächst etwas befremdet, die aber doch durch viele positive Tatsachen belegt ist. An die Möglichkeit zufälligen Zusammentreffens spontan entstandenen Gasbrandes mit einer Infektion möchte ich hier nochmals hinweisen.

Die Lehre, die man aus solchen Fällen und aus solchen Betrachtungen zu ziehen hat, ist die, daß auch bei einfachsten Injektionen äußerste Asepsis anzuwenden ist, daß aber trotz alledem Injektionsfälle nie ganz auszuschließen sind, da sie rein aus inneren Ursachen entstehen können. Es wäre unberechtigt, in solchen Fällen ohne weiteres auf einen Fehler in der Asepsis zu schließen.

Gehen wir zur anatomischen Betrachtung über, so zeigte das Gehirn zunächst im wesentlichen die Zeichen der Paralyse: Trübung der Pia, Atrophie der Windungen, Ependymitis granularis. Eine besonders starke Hyperaemie oder Durchfeuchtung des Gehirns fiel nicht auf, ebenso bestand kein erheblicher Hydrocephalus und keine blutige Imbibition der Pia. Die Beteiligung des Gehirns am Gasbrand verriet sich bei der Sektion nur durch Ausströmung stark schwefelwasserstoffhaltigen Gases bei Eröffnung der Schädelhöhle, Ansammlung von Gasperlen in den Blutgefäßen des Gehirns und einen état fromage de Gruyère im linken Linsenkern.

Die mikroskopische Untersuchung findet insofern eine etwas ver-

wickelte Sachlage, als neben dem Gasbrand, dessen Veränderungen uns hier hauptsächlich interessieren, eine malariabehandelte Paralyse bestand. Untersuchungen über Gasbrand, besonders an Friedensfällen, werden oft mit solchen Komplikationen rechnen müssen, da, wie bemerkt, bekannt ist, daß Gasbrand abgesehen von den Fällen der schweren Kriegsverwundungen mit Vorliebe Personen ergreift, die bereits an anderen Infektions- oder sonstigen schweren Allgemeinleiden erkrankt sind. Die Untersuchung wird aber in diesem Falle ergeben, daß es trotzdem wohl möglich ist, gewisse Veränderungen als zum Gasbrand gehörig herauszuschälen, die herdförmig und in ganz deutlicher Abhängigkeit von der Anwesenheit der Gasbrandbazillen auftreten. Da es sich hierbei um Herdveränderungen handelt, die bisher beim Gasbrand noch nicht beschrieben sind, dürfte die Mühe der Untersuchung doch keine vergebliche gewesen sein. An diffusen Veränderungen im Gehirn, die fast durchweg als Folge der Paralyse anzusehen sind, konnten folgende festgestellt werden:

Zunächst besteht eine mäßige Verschmälerung der Rinde, die wie überhaupt die ganze diffuse Veränderung am stärksten im Stirnhirn ausgesprochen ist. Die Pia ist mäßig verdickt und hauptsächlich mit Plasmazellen, weniger mit Rundzellen infiltriert. Es besteht eine mäßige Vermehrung der Gefäße, hie und da deutliche Intimawucherung, Ansammlung von Plasmazellen in den Gefäßscheiden, teils in einzelnen Exemplaren, teils in einschichtigen oder mehrschichtigen Gefäßmänteln, stellenweise auch in kleinen Herden. Eine Kapillarfibrose, die sich im Bielschowsky-Präparat an einzelnen Gefäßen zeigt, ist wohl arteriosklerotischen Ursprungs. Lipoides Abbaupigment ist nur in den Gefäßscheiden spärlich vorhanden, dann meist in ziemlich groben, grünlich-gelben Körnern. Die Markfasern erweisen sich im *Spielmeyer*-Präparat deutlich gelichtet.

Die Ganglienzellen sind im *Nißl*-Präparat im großen und ganzen gut erhalten. Sie zeigen vielfach Andeutungen chronischer Zellveränderung; hin und wieder sieht man einzelne abgestorbene oder in Auflösung begriffene Elemente, auch vereinzelt Schwellungsformen und Bilder der akuten oder der schweren Zellerkrankung *Nißls*. Bilder, die an primäre Reizung erinnern, fanden sich nicht. Die Trabantzellen haben meist regressive Formen. Wucherungen derselben, Kernteilungsfiguren, neuronophagieartige Bilder finden sich nirgends. Die Zellarchitektonik erweist sich überall als wohl erhalten, Verwerfung der Schichten fehlt, größere Zellausfälle treten nirgends hervor.

Die Kerne der Gliazellen zeigen ganz vorwiegend regressive Veränderungen. Besonders sieht man kleine bläschenförmige ganz blaß-grünlich gefärbte Kerne mit einem kleinen stark metachromatisch gefärbten Kernkörperchen mit einem verhältnismäßig großen schemenhaften, mattrosa gefärbten Zellleib und, aber seltener, kleine ganz dunkelgefärbte Kerne mit meist ganz winzigem, öfter auch größerem Zellleib. Gliazellen mit pyknotischen Kernen finden sich besonders in der Molekularzone des Kleinhirns, wo man auch viele Stäbchenzellen mit pyknotischen Kernen sieht. Im *Hortega*-Präparat treten reichlich auffallend große, weitverzweigte Hortegazellen auf. Das *Cajal*-Präparat zeigt ein reichliches Vorhandensein von Spinnenzellen. Im Scharlach-Präparat erscheinen die Gliazellen fett- und pigmentfrei, die Ganglienzellen zeigen dabei unter oder neben dem Kern gelegene in Form rundlicher oder ovaler Flecken angeordnete Anhäufungen eines feinkörnigen,

orangerot angefärbten Pigmentes, das übrigens an vielen Ganglienzellen schon im *Nißl*-Präparat mit hellgelblicher Farbe sichtbar ist.

Herr Professor *Spielmeyer*, der die große Freundlichkeit hatte, eine Anzahl meiner Präparate anzusehen, bestätigte mir, daß eine allgemeine Ganglienzellveränderung, die mit der Gasbrandinfektion in Beziehung stehen könnte, nicht vorhanden ist. Er ist aber geneigt, die regressiven Veränderungen an den Gliazellen, besonders an den Kernen auf eine allgemeine schwere Schädigung durch die Infektion zu beziehen.

Ich gehe nunmehr über zur Beschreibung derjenigen Veränderungen histologischer Art, die als Folge des Gasbrandes erkennbar sind. Hier kommt in Betracht erstens eine Infektion der Gefäße des Gehirns mit Gasbrandbazillen, zweitens die Entstehung von Gascysten im Gehirn, drittens als Hauptsache die Bildung miliarer, über das ganze Gehirn zerstreuter Degenerationsherde. Was zunächst das Gefäßsystem angeht, so finden wir in den Lumina der Gefäße sowohl der Kapillaren, als auch der Arterien und Venen an den verschiedensten Stellen Niederlassungen von Bazillen, wobei es sich offenbar um Gasbrandbazillen handelt. An den Kapillaren ist der Nachweis ziemlich schwierig, weil es sich um immerhin spärliche und vereinzelte Befunde handelt, die ziemlich wenig ins Auge fallen. Nur nach Durchmusterung einer ganzen Anzahl von Präparaten findet man hie und da eine Kapillarschlinge, die auf eine kurze Strecke Bazillen enthält. Es handelt sich meist nur um eine lockere Einlagerung einer oder mehrerer kleiner Bazillennester oder auch seltener, um eine pralle wurstförmige Anfüllung eines Kapillarstückes. Gelegentlich zeigen solche Bazillenwürste entsprechend der Verzweigungsstelle der Kapillaren gabelige Teilung, so daß man das Bild eines reitenden Embolus gewinnt. An einzelnen Stellen des Linsenkerns, der besonders stark affiziert ist, fand sich die Bazilleneinlagerung nicht auf eine Schlinge beschränkt, sondern war in einige zusammenhängende Kapillarzweige zu verfolgen. An den Stellen, wo Bazillen eingelagert sind, finden wir die Kapillaren meist leer, in den kleinen Übergangsgefäßen zeigt sich oft an diesen Stellen eine helle, feinkörnige, thrombotische Masse, die auch hie und da lymphoide Zellen eingelagert enthält, zwischen denen Bazillen lagern. Wo in einer Kapillare nur wenige Bazillen liegen, kann die Gefäßwand völlig normales Verhalten zeigen. Wo die Bazillen reichlich sind und die Kapillaren mehr oder weniger anfüllen, bemerkt man im Thioninpräparat: Ausfall von Kernen, Pyknose und Schrumpfung erhaltener Kerne, eine leichte rosa Anfärbung der Kapillarwand, innen anliegend zerstreute, bald staubfeine, bald etwas größere, meist scharf runde, tiefdunkelgefärbte Degenerationskugeln. Das Auftreten solcher Kugeln im Innern von Kapillaren beschränkt sich übrigens nicht auf die Schlingen, die Bazillen enthalten, sondern erstreckt sich sehr oft auch auf benachbarte Kapillaren.

Ebenso wie in den Kapillaren findet man Bakterienansammlungen auch hie und da verstreut einmal in kleinen präkapillaren oder ein wenig größeren Arterien. Im Querschnitt zeigt sich dann, daß die Bazillen der Endothelschicht auflagern, und zwar ohne daß man dabei gleichzeitig thrombotische Massen bemerkt. Zu einer Veränderung der Endothelkerne scheint eine solche Auflagerung nicht zu führen, auch habe ich nie gesehen, daß die Bakterien in eine Endothelzelle eingedrungen sind. Bazillenhäufungen findet man in reichen Mengen in den großen und größeren Arterien des Gehirns. Sie zeigen hier im allgemeinen die Neigung, sich an und in trhombotischen Massen anzusiedeln. In der Arteria-basilaris z. B. fand sich ein großer geschichteter mit vielfachen

Lagen von Lymphozyten bedeckter Ausscheidungsthrombus, der in seiner Tiefe große, dunkle, dichte Bazillenklumpen enthielt und auch in seiner Oberfläche mit Bazillen überzogen war. Auch wo die Arterien leer sind, findet man bald hie bald da kleine Bazillennester, die der Intima anliegen. Die Venen enthalten auch die Bazillen in reichlichen Mengen. Man sieht sie hie und da besonders in der Pia bei schwacher Vergrößerung als violette Klumpen im Innern der Venen auftreten, die bisweilen das ganze Lumen erfüllen. Bei dickwandigen Gefäßen: sämtlichen Arterien und dickwandigen Venen, habe ich nie ein Durchtreten von Bazillen durch die Gefäßwand bemerkt. Dieselbe scheint ein sicheres Hindernis zu bilden. Media und Adventitia enthalten keine Bazillenherde. Bei dünnwandigen Gefäßen des Gehirns können Bazillenaustritte in die Gefäßscheiden vorkommen. Besonders findet man das, wo sich vom Gefäß aus seröse Ergüsse in die perivaskulären Räume gebildet haben, oder wo, was aber nur selten zur Beobachtung kam, perivaskuläre Blutaustritte entstanden waren. Die Bazillen liegen dann meist in lockerer Zerstreuung in dem ausgetretenen Transsudat oder Blut. Sie zeigen dann Neigung, sich der Gefäßscheide folgend, auf der gliösen Außenwand derselben auszubreiten. Ein gewisses Bestreben, sich auf Oberflächen zu verbreiten, wenn sie einmal dahin gelangt sind, wohnt den Gasbazillen auch sonst inne. So findet man stellenweise, besonders in der Tiefe der Furchen, die äußere Gehirnoberfläche mit einer feinen nur bei starker Vergrößerung erkennbaren Bazillensaat besät. Wahrscheinlich stammen auch diese Bazillen aus den Gefäßen der Pia.

Ich habe mich in der Beschreibung der Verbreitung des Gasbrandbazillus in den Gefäßen möglichst kurz gefaßt, weil das Vorkommen von Gasbrandbazillen im Blute von Gasbrandkranken während des Lebens ohnehin feststeht (*Schottmüller, Bingold* und andere) und weil andererseits das Bild ihrer Verteilung im Blut und in den Gefäßen durch postmortale Wucherung und Ausbreitung stark verändert sein kann. Immerhin zeigen solche Bilder, daß die Verbreitung der Bazillen im Gehirn im wesentlichen auf dem Blutwege erfolgt ist. Soweit die Bazillenbefunde in den kleinen Gefäßen der Gehirnsubstanz mit histologischen Veränderungen verbunden sind, haben wir wohl ein Recht zu der Annahme, daß hier die Infektion im Leben erfolgt ist.

G a s z y s t e n fanden sich sowohl in der weißen wie in der grauen Substanz vor, im Mark der Windungen wohl häufiger als in der Rinde. Im allgemeinen sind sie im Großhirn recht klein, so daß sie mit der Lupe wie Nähnadelstiche erscheinen. Sie sind im Großhirn nur hie und da zu finden, am häufigsten vielleicht im Stirnhirn. Sehr reichlich und auffallend groß fanden sie sich im linken Linsenkern, der sich in einem ausgesprochenen état fromage de Gruyere befindet. Hier sind sie ohne weiteres makroskopisch wahrzunehmen und erreichen einen Durchmesser bis zu 4 mm. Stellenweise liegen sie hier so dicht, daß das Gewebe nur eine dünne Scheidewand zwischen den Zysten darstellt. Die Wandung der Zysten besteht aus einer offenbar zirkulär gedehnten, nicht durch Wucherung, sondern durch bloße mechanische Verdrängung verdichteten Glia. Dieser verdichtete Gliarand und auch die kreisrunde Form ist meist um so deutlicher, je größer die Zysten sind, je mehr also das Gewebe durch das Gas auseinandergedehnt und komprimiert ist. Bei ganz kleinen Zysten finden sich oft auch ovale und etwas längliche Formen. Ich glaube, daß man besonders an kleinen Zysten alle Übergänge zu erweiterten Gefäßscheiden nachweisen kann. Charakteristisch für die Zysten ist, daß man sehr oft an ihrer Wand ein kleines mit Bazillen besetztes Gefäß findet. Weiter

sieht man, daß die Wand der Zysten mindestens stellenweise mit einer dünnen Schicht von Gasbazillen ausgelegt ist. Ich möchte nach Durchmusterung einer Reihe solcher Bilder die Anschauung vertreten, daß die Entstehung der Gaszysten zurückzuführen ist auf Gasbrandbazillen, die aus dem Innern eines kleinen Gefäßes in den perivaskulären Raum ausgewandert sind und dort Gas, in Form einer runden Gasperle entwickelt haben, wobei das Gefäß exzentrisch an die Wand gedrückt wird.

So markant der Befund der Bildung von Gaszysten im Gehirn, — man spricht bei der stärker ausgebildeten Form im Gehirn von einem état fromage de Gruyère — erscheint, so zweifelhaft ist doch seine Bewertung. *Nißl*, der zuerst auf dem Wege des Versuches Schaumorgane erzeugen konnte, erhielt einen état fromage de Gruyère am gesunden Kaninchengehirn, das er einige Zeit lagern ließ. Er streitet dem Befund jede pathognomonische Bedeutung ab. Ich glaube, ohné dieses Resultat *Nißls* anzuzweifeln zu wollen, daß doch wohl in Fällen, wo man bei bestehender Gasbranderkrankung die als Gasentwickler bekannten Bazillen in der Wand der Gaszysten und zwar diese allein gewissermaßen als Überzug findet, nicht recht umhin kann, eine Beziehung zwischen der Entstehung dieser Zysten und den Bazillen anzunehmen. Ob aber die Gasentwicklung, die zur Bildung dieser Zysten geführt hat, in vivo oder erst post mortem entstanden ist, vermag ich angesichts fehlender Zeichen vitaler Reaktion des Gewebes um die Zyste herum nicht zu entscheiden. Schaumorganbildung durch Gasbrandbazillen ist an den großen drüsigen Organen der Bauchhöhle wiederholt untersucht. Die meisten Autoren wie *Ernst*, *Welch* und *Nuttal*, *Fraenkel*, *Hitschmann* und *Lindenthal* sprechen sich für postmortale Entstehung aus, andere wie *Paul Bernhardt* neigen mehr dazu, sie schon intra vitam entstehen zu lassen.

Mit Bestimmtheit annehmen können wir eine pathogene Wirkung der Bazillen auf das lebende Gewebe bei dem dritten Befunde, den wir zu beschreiben haben, nämlich den miliaren Verödungsherden im Gehirn. Es sind das kleine, **disseminierte miliare Herde,** die ihre Beziehung zu den Gasbrandbazillen dadurch erkennen lassen, das jeder von ihnen um einen Klumpen von Gasbrandbazillen als Zentrum herum gelegen ist. Sie fallen bei schwacher Vergrößerung verhältnismäßig wenig auf. Bald ein wenig größer, bald ein wenig kleiner, haben sie durchschnittlich etwa einen Durchmesser, der nicht viel größer ist als das Gesichtsfeld einer mittleren Vergrößerung (Zeiß Obj. D.) höchstens etwa bis zur Hälfte des Durchmessers des Gesichtsfeldes einer schwachen Vergrößerung (Zeiß Obj. A). Bei schwacher Vergrößerung charakterisieren sich diese Herde hauptsächlich durch Armut an Kernen. Der Grund ist am Thioninpräparat entweder ebenso blaß, wie die Umgebung oder er läßt, besonders wenn er in der Rinde liegt, eine eigentümlich hellrosa Anfärbung erkennen, die sich bei Immersionsvergrößerung zum Teil in ein Geflecht von rosa gefärbten Zellfortsätzen resp. Bruchstücken solcher, die manchmal noch bis zu einem Ganglienzellrest verfolgt werden können, zum andern Teil in eine feine violette Bestäubung auflöst, die wahrscheinlich mit dem Abbau eiweißartiger Zellsubstanzen in Zusammenhang steht. Im Hämatoxylin-Eosinpräparat ist der Grund, wenigstens wo es sich um größere Herde handelt oft deutlich homogen — was besonders bei Immersion zutage tritt — und dichter als die Umgebung und läßt die feinnetzige Gliazeichnung nicht mehr recht erkennen. Die meisten Herde zeigen bei der Hämatoxylin-Eosin-Färbung keine erkennbare Abweichung von der Farbe des übrigen Grundes, bisweilen sind

sie einen ganz schwachen Hauch dunkler angefärbt. Eine maschige Auflockerung oder sonstige Zeichen der Erweichung fehlen. Man findet unsere Herde sowohl im Mark, als auch in der Rinde, nicht selten auch an der Grenze zwischen Mark und Rinde. In den verschiedenen Gebieten der Hirnrinde des Großhirns treten sie ziemlich gleich häufig auf. Im ganzen sind sie nicht übermäßig reichlich und müssen gesucht werden. An manchen Schnitten finden sie sich gar nicht, an anderen findet man einen Herd, oder zwei, selten drei. Sie liegen immer vereinzelt, nicht in Gruppen in einem Gesichtsfeld. Verhältnismäßig reichlich fand ich sie im Ammonshorn, für das sie eine ganz besondere Vorliebe zu haben scheinen und mehr noch in den basalen Ganglien. In der Medulla oblongata zeigten sie durchschnittliche Häufigkeit. Im Kleinhirn waren sie auffallend spärlich.

Da die miliaren Verödungsherde an sich wenig auffällig sind, richtet man am besten, wenn man sie suchen will, sein Augenmerk auf die kleinen, regeln. ßig in ihrem Zentrum gelegenen Bazillenklumpen, deren Aufsuchung allerdings auch eine gewisse Aufmerksamkeit erfordert. Im Thionin-Präparat erscheinen dieselben bei schwacher Vergrößerung als dunkel-violette Fleckchen, resp. grobe, klumpige Körner von unregelmäßig rundlicher oder längsovaler Form ungefähr von der Größe eines Übergangsgefäßes oder etwas darüber, die in der Färbung ungefähr dichten Ansammlungen von Plasmazellen entsprechen. Bei starker Vergrößerung zeigt sich, daß diese Klumpen ausschließlich aus Bakterien bestehen und zwar aus Bazillen. In der Mitte des Klumpens sind die Bazillen oft so eng zusammengedrängt, daß man die einzelnen Bazillen auch mit Immersionsvergrößerung nicht unterscheiden kann, sondern eine ziemlich gleichmäßig granulierte violette Masse sieht; an den Rändern löst sich die Bazillenmasse regelmäßig auf bis zur Sichtbarkeit der einzelnen Exemplare, die in das umgebende Grundgewebe eingebettet, manchmal sogar bis auf eine gewisse Entfernung zerstreut sind. Außer den zu dunkelgefärbten Klumpen zusammengedrängten Bazillenhäufchen gibt es auch solche, die ein helleres Aussehen und ein mehr lockeres Gefüge zeigen. Bisweilen findet man locker zerstreute Bazillenherde an solchen Stellen, wo die Bazillen in den Rändern ziemlich großer klaffender Gewebsrisse mit deutlich geschrumpften und verödeten Rändern angesiedelt erscheinen. Ich glaube Grund zu haben zu der Annahme, daß solche Risse, die meist mitten durch den Bazillenherd hindurchgehen dadurch entstehen, daß durch die Gasproduktion der Bakterien gelegentlich das Gewebe auseinandergesprengt wird. Es erinnert das an die Angabe *Fraenkel*s, daß die Gasbazillen gelegentlich bei Züchtung im Reagenzglase statt der üblichen Luftblasen luftgefüllte Spalten bilden, die durch Zersprengung der Nährsubstrate entstehen.

Der Form nach entsprechen die Bazillen den *Fraenkel*schen Bazillen. Kurze, dicke Stäbchen, die meist allein liegen, bisweilen Doppelstäbchen bilden, bisweilen auch in Gruppen auftreten. Manchmal sieht man einzelne Exemplare, die in der Mitte eine helle ovale Lücke zu führen scheinen. Sporen, die beim Gasbazillus nach *Fraenkel* nur ausnahmsweise als endständige Bildungen vorkommen sollen, habe ich nicht gesehen. Färberisch sind die in den Klumpen enthaltenen Bakterien zunächst gut darstellbar durch Thionin, so daß sie bei der *Nißl*-Methode deutlich herauskommen. Der einzelne Bazillus färbt sich dabei violett in einem Farbenton, der viel heller ist als der des Klumpen, nämlich etwa in dem Ton der *Nißl*-Körperchen. Die dunkle Farbe der Klumpen kommt durch Summierung zustande. Sehr gut färben sie sich auch mit Hämo-

toxylin und zwar in einem hellblauen Farbenton. Mit Eosin gibt das eine sehr gute Kontrastfarbe. Im *Gieson*-Präparat fallen sie weniger auf, sind aber meist auch gut kenntlich, Im *Spielmeyer*-Präparat färben sie sich genau im Ton der Markscheiden, treten daher recht wenig hervor. Bei der Anwendung der *Bielschowsky*-Methode und der *Cajal*schen Silbermethode färben sie sich ebenfalls, aber sie sind wegen mangelnden Kontrastes überaus schwer auffindbar, so daß diese Methode sich für das Studium ihrer Verbreitung nicht eignet. Die beste Färbung für die Bazillen ist die nach Weigert-Gram unter Gegenfärbung mit Karmin. Dabei hebt sich jedes einzelne Exemplar mit tief-dunkelblauer, fast schwärzlicher Farbe auf dem hellroten Grunde aufs deutlichste ab. Es scheint sich bei den Bazillenklumpen um Reinkulturen zu handeln, wenigstens erscheinen die Bazillen alle gleichartig. Man sieht auch keine anderen Bakterienformen wie etwa Coccen oder Spirillen.

Bei Immersionsvergrößerung erkennt man, daß in den Verödungsherden da, wo die Kerne zu fehlen scheinen, doch mindestens ein Teil der Gliazellen nicht ganz geschwunden, sondern durch hochgradige Abblassung des Kernes fast unsichtbar geworden ist. Man sieht zu diesen Kernen gehörig oft verhältnismäßig große, flache, unbestimmt fleckförmige schemenhafte Zelleiber mit verhältnismäßig starker hellrosa Anfärbung des Protoplasmas. Sodann bemerkt man besonders gegen den Rand des Herdes häufig stark pyknotische, geschrumpfte Kerne ohne deutlichen Zellleib; neben dem Kerne liegen oft kleine runde, tiefdunkle Körperchen (Nadelkissenfiguren). Der Übergang ins normale ist ganz allmählich und nirgends scharf abgrenzbar. Im *Spielmeyer*-Präparat treten die Herde überhaupt nicht hervor anscheinend deshalb weil wie schon bemerkt, die Bazillen sich dabei genau so färben, wie die Nervenfasern. Wo es ausnahmsweise einmal gelingt sie im *Spielmeyer*-Präparat zu finden, zeigte sich, daß die markhaltigen Nervenfasern von den Bazillenklumpen einfach zur Seite gedrängt erscheinen und keine erkennbaren Veränderungen der Markscheiden aufweisen. Es scheint also gegenüber dieser Noxe das Mark viel weniger empfindlich zu sein als die Glia. Vielleicht sind die Markfasern durch ihre Scheide geschützt, vielleicht haben sie bei dem ganz akuten Verlauf der Krankheit noch nicht Zeit gefunden, Degenerationserscheinungen zu entwickeln.

In den miliaren Herden der Rinde, deren Glia ganz ähnliche Veränderungen wie im Mark zeigt, interessieren uns besonders die **Ganglienzellen.** Wenn man eine Anzahl solcher Herde durchmustert, so fallen in der Peripherie der Herde immer wieder Ganglienzellen einer eigenartigen Degenerationsform auf, die offenbar die ersten Stadien der Veränderung darstellen, eine Veränderung, die wie die näher zum Bazillenklumpen gelegenen Zellen zeigen, zu einem schnellen Absterben unter starker Schrumpfung der Zelle führt. Die leichtest veränderten Zellen zeigen einen homogenen, stark angefärbten Zelleib, der scharflinig begrenzt sich gegen die Umgebung gut abhebt, ein wenig starr erscheint, und zunächst noch annähernd normale Größe zeigen kann. Die Fortsätze sind ebenfalls ziemlich kräftig diffus rosa angefärbt und weithin sichtbar. Sehr auffällig ist der Kern. Er ist ein wenig verkleinert rund oder abgerundet und ausgesprochen gleichmäßig dunkel-violett gefärbt, so daß keinerlei Strukturen, weder Kernkapsel noch Kernkörperchen sichtbar sind. Weiterhin zeigen die Zellen dann eine fortschreitende Neigung sich zu verkleinern. Die Fortsätze bleiben auch bei fortschreitender Zellveränderung auffallend lange sichtbar; sie brechen leicht durch und zeigen dabei scharf-

zackige Bruchflächen, so daß sie zweifellos nicht verflüssigt, sondern eher von einer gleichmäßigen wachsartigen Festigkeit sein dürften. Der Zelleib erscheint nicht langgezogen, sondern zeigt eher eine Neigung zur Abrundung, die besonders hervortritt an Zellen, die an sich schon rundlich oder polygonal sind, wie die Zellen der Olive oder auch viele Zellen des Linsenkernes. Bei den sehr langgestreckten Pyramidenzellen des Ammonshornes wird die Zelle im ganzen schmäler, die Neigung, zur Abrundung äußert sich bei ihnen nur an der Basis, die ihrer scharfeckigen Form verlustig geht. Die Trabantzellen sind spärlich und regressiv verändert, niemals gewuchert. Ihre Kerne sind oft pyknotisch; Inkrustationen der Golginetze werden nirgends sichtbar. Bei noch stärkerer Veränderung verliert bei zunehmender Verkleinerung der Zelle der Kernsaft wieder seine pyknotische Färbung, Kernkapsel und Kernkörperchen werden meist wieder sichtbar, sind aber nur zart mattrosa angefärbt, nicht viel stärker als die übrige Zelle, die mehr und mehr den Charakter einer leeren Schlaube annimmt. Karyorektische Bilder kommen an Ganglienzellen nicht zur Beobachtung. Die Zellreste, die als offenbar völlig abgestorbene Rückstände in den zentralen Teilen des Verödungsherdes, im näheren Umkreise des Bazillenklumpens gelagert sind, haben manchmal auch deutliche, stark verkleinerte Pyramidenform, meist nehmen sie allerhand verklumpte und geschrumptfe Formen an und zeigen ganz feinkörnig netzige Strukturen, manchmal sind sie Klumpen, die hauptsächlich das zurückgebliebene Zellpigment enthalten. Eigenartig ist, daß die Zellreste sich immer gegen die Umgebung ziemlich scharf abheben, daß sie nirgends völlig abblassen, sondern immer eine gewisse Färbbarkeit behalten, die manchmal darin zutage tritt, daß die Zelle wie bestäubt erscheint mit feinsten violetten Körnchen. Ich möchte, ohne etwas damit präjudizieren zu wollen, nur der momentanen Verständigung wegen, die Form, die das leichteste Stadium darstellt, die Form mit dem homogenisierten Zelleib und den dunklen Kernen als Reaktionsform, die andern als Absterbeform bezeichnen. Auch die abgebrochenen und in Stücke zerfallenen Protoplasmafortsätze färben sich auffallend lange an.

Das Interesse konzentriert sich natürlich auf die Reaktionsformen. Wie haben wir diese aufzufassen? Obwohl es sich hier um eine ganz akute Erkrankung handelt, hat sie zweifellos nichts zu tun mit der akuten Zellerkrankung *Nißl's*, die zwar auch zu einer auffallend diffusen Anfärbbarkeit der Zelle führt, aber mit Schwellung und mit ganz anders gearteter Kernform verbunden ist. Sie führt auch nicht zu so schnellem Zelltod und ist außerdem stets diffuse verbreitet, nie eine ausgesprochene Herderkrankung. Der homogenisierenden Zellerkrankung, die Spielmeyer bei Gasbrand fand, ist sie auch nicht an die Seite zu stellen. Auch hier ist die Kernform eine ganz andere, die Abschmelzung der Fortsätze und reaktive Wucherungen der Trabantzellen, die hier völlig fehlen, spielen dabei eine Rolle, *Spielmeyer* fand sie besonders an den Purkinje-Zellen des Kleinhirns in diffuser Verbreitung. An meinen Präparaten konnte ich im Kleinhirn, in der Nähe vom Bazillenklumpen, nur einige geschrumpfte Zellreste aber keine, dem *Spielmeyer*schen Bilde entsprechende Veränderungen finden. Die von *Anders* beschriebenen Formen der Zellendegeneration kann ich, besonders was die Kern-

form angeht, ebenfalls nicht wiedererkennen. Der Kern hat am meisten, wie mir Herr Prof. *Spielmeyer* bestätigte, die Form, die der schweren Zellerkrankung eignet. In anderen Eigenschaften weichen sie aber wieder von dieser Art der Zellerkrankung deutlich ab. Der ganze Prozeß, wie er weiterhin abläuft, ist nicht der einer Verflüssigung, sondern der einer Koagulation mit fortschreitender Schrumpfung. Die Herde als solche haben in der Art ihrer Verteilung die größte Ähnlichkeit mit den miliaren Herden, wie sie z. B. *Spielmeyer* und *Neubürger* bei Fett- und letzterer bei Luftembolie beschrieben haben. Die Prozesse, die sich dabei abspielen, führen offenbar genau so, wie das hier der Fall ist, zu einem schnellen Zelltode. Die dabei auftretende ischämische Zellform ist allerdings in manchem abweichend von der »Reaktionsform« unserer Herde. Die Zelle wird dabei schnell bis zu äußerster Blässe entfärbt, die Fortsätze werden völlig unsichtbar, der Zelleib wird langgezogen, kantig, der Kern, der sich dabei auch dunkel färbt, wird eigentümlich langgezogen, in seinen Konturen unregelmäßig; er zeigt oft ein großes Kernkörperchen. Es zeigt sich häufig Inkrustation der Golginetze. Trotzdem möchte ich glauben, daß sie mit dieser ischämischen Zellform doch am nächsten verwandt ist, weil es sich auch bei ihr in erster Linie um Koagulation handelt.

Unsere miliaren Verödungsherde haben mit den kleinen embolischen Herden bei Fettembolie schon insofern eine Verwandtschaft, als es sich in unserem Gasbrandfall offenbar auch um embolische Prozesse handelt. Die Bazillenklumpen liegen zwar anscheinend nicht innerhalb des Lumens von Gefäßen, sondern frei im Gewebe. Das dürfte sich so erklären, daß die Wände der kleinen Gefäße, in die sie ursprünglich eingeschlossen waren, von ihnen durchwuchert und zerstört sind. Nicht selten sieht man ganz in der Nähe der Klumpen Reste von nekrotischen Gefäßstücken. An einzelnen von ihnen kann man sogar noch direkt wahrnehmen, daß sie noch mit einem Teil in einem regressiv veränderten Gefäßchen stecken, während ihre andere Hälfte die Gefäßwand durchbrochen hat und mit dem Gewebe in direkten Kontakt tritt. Ferner kann man gelegentlich an Herden, die keine Spur einer Gefäßwand erkennen lassen, einzelne grobe, gelblich-grüne Pigmentklumpen nachweisen, die sonst nur in der Adventitia der kleinen Gefäße anzutreffen sind.

Wenn die Veränderungen der Ganglienzellen in unseren Herden anders sind als in den auf Luft oder Fettembolie beruhenden Herden, so liegt das wohl daran, daß hier ein embolisches Material vorliegt, das aus stark pathogenen Bakterien besteht, daß also die bakteriell-toxische Wirkung im Vordergrunde stehen dürfte. Daß der durch den embolischen Prozeß gesetzten Zirkulationsstörung vielleicht auch noch eine Nebenrolle zukommt, soll nicht ausgeschlossen werden, zumal stellenweise auch einfache Abblassungen der Ganglien-

zellen vorkommen. Eine Hauptrolle kommt der Zirkulationsstörung wohl nicht zu, denn es fällt auf, daß die miliaren Degenerationsherde nicht da entstehen, wo Kapillaren einfach verstopft sind, sondern erst da, wo die Bazillen die Gefäßwand durchbrochen haben und mit dem Gewebe in Berührung treten. Ob wir das Fehlen aller progressiven Reaktionen seitens des Mesoderms und der Neuroglia in der Umgebung darauf zurückzuführen haben daß die Herde noch äußerst frisch sind oder ob es sich hier um eine koagulierende Nekrose des Gewebes handelt, lasse ich dahingestellt.

Veränderungen, wie sie *Anders* an den Markfasern und Achsenzylindern fand, sowie die von ihm angegebenen starken Anhäufungen von Abbauprodukten konnte ich nicht finden. Auch die von ihm beschriebenen Ganglienzellveränderungen glaube ich mit den hier gefundenen, wie schon bemerkt, nicht identifizieren zu können. Ob der Befund miliarer Herde bei Gasbrand ein regelmäßiger ist, kann der einzelne Fall nicht entscheiden. Es ist möglich, daß sie bisher bei ihrer Unauffälligkeit übersehen sind. Andererseits ist es aber auch möglich, daß die verschiedenen Befunde verschiedener Autoren sich dadurch erklären, daß das histopathologische Bild in den einzelnen Fällen mehr oder weniger große Verschiedenheiten zeigt.

Der Nachweis der multiplen miliaren Verödungsherde im Gehirn bei Gasbrand ist nicht nur von anatomischem Interesse. Er kommt für manche Fälle wahrscheinlich als direkte Todesursache in Betracht. Wissen wir doch, daß in vielen Fällen multiple, embolische Herde selbst so harmloser Stoffe wie Fett und Luft, in kurzer Zeit den Tod verursachen können. Besonderes Gewicht ist hier auf das Mitbefallensein der Medulla oblongata zu legen.

Zusammenfassend möchte ich sagen:

1. Es ist für jeden Arzt, auch für den Psychiater, der subkutane und intramuskuläre Injektionen vornimmt, wichtig, mit den Gefahren des Gasbrandes vertraut zu sein und zu wissen, welche Gesichtspunkte für die Beurteilung solcher Vorkommnisse in Betracht kommen.

2. Bei Gasbrand können im Gehirn durch Embolie von Gasbrandbazillen miliare Verödungsherde entstehen, bei denen sich eigenartige Formen von Ganglienzelldegeneration finden.

Literatur.

Die ganze bis zum Jahre 1921 vorhandene Literatur über Gasbrand ist in dem Buche von *Haberland*: Anaerobe Wundinfektion. Neue D. Chir. Bd. 27, 1921, das alle den Gasbrand betreffenden Fragen darstellt und jedem, der sich mit der Frage des Gasbrandes beschäftigen will, angelegentlichst empfohlen sei, in übersichtlicher und erschöpfender Weise zusammengestellt. Es sollen daher hier nur einige literarische Angaben gemacht werden, die speziell für die vorstehende Arbeit von besonderer Bedeutung sind.

a) Literaturangabe zur Gehirnpathologie:

Bier, Gasabszeß im Gehirn. Bruns' Beitr. z. klin. Chir. 1916, H. 22. *Marwedel*, Über offene und ruhende Gasinfektion. D. m. W. 1917, S. 774. *Tietze u. Korbsch*, Gasabszeß, Gasphlegmone der Pia mater. D. m. W. 1915, Nr. 12, S. 340. *Rychlick*, Gasabszeß im Gehirn (2 Fälle). Münch. m. W. 1916, S. 1713. *Ritter*, Eitrige Meningitis und Encephalitis (4 Fälle). Bruns' Beitr. z. klin. Chir. 1916, S. 47 u. 62. *Payr*, Gashaltige Abszesse im Gehirn. Münch. m. W. 1916, Nr. 17. *Jakobsohn*, Gutverlaufene Gasphlegmone des Gehirns. D. m. W. 1917, S. 685. *Chiari*, Zur Wundinfektion im Kriege. D. Z. f. Chir. Bd. 141, S. 162. *Wicklein*, 3 Fälle von Gasgangrän. Virch. Arch. 1891, Bd. 125, S. 75. *Halban*, Uterusemphysem und Gassepsis. M. f. Geb. u. Gynäk. 1900, Bd. II, S. 88. *Anders*, Pathol.-anat. Veränderungen des Zentral-Nervensystems bei Gasödem. M. m. W. 1917, S. 1600, Nr. 50. *Anders*, Ausführliche Darstellungen der Hirnveränderungen bei Gasbrand. Beitr. z. klin. Chir. 109, H. 2, 1918. *Fraenkel* u. *Wohlwill*, Das Zentral-Nervensystem bei Gasbrand. D. m. W. 1918, Nr. 19, S. 508. *Spielmeyer*, Über einige Beziehungen zwischen Ganglienzellveränderungen und gliösen Erscheinungen, besonders im Kleinhirn. Z. f. Psych. 1920, Bd. 54, S. I. *Spielmeyer*, Histopathol. des Nervensystems. 1922, Bd. I, S. 77 u. 78. *Bonhoeffer*, Diskussionsbemerkungen. B. k. W. 1916, Bd. 53, S. 706. *Floercken*, Beitr. z. Pathol. u. Klinik der Gasphlegmone. Bruns' Beitr. 1917, Bd. 106, S. 485.

b) Literaturangaben der in der deutschen Literatur vorhandenen Injektionsfälle von Gasbrand:

Fraenkel, E., Zentr. f. Bakt. 1893, Bd. 13, S. 13 (2 Fälle). *Merck*, M. m. W. 1906, S. 2176 (1 Fall). *Fründ*, Beitr. z. klin. Chir. 1916, S. 447 (1 Fall). *Nigst*, M. m. W. 1919, Nr. 14, S. 379 (1 Fall). *Neumann*, M. m. W. 1919, Nr. 32, S. 900 (3 Fälle). *Ostrowsky*, B. k. W. 1919, Nr. 33, S. 779 (2 Fälle). *Zondeck*, Ebenda (1 Fall). *Fraenkel*, D. m. W. 1919, Nr. 12, S. 317 (3 Fälle). *Braun*, Melsung. m. Mitt. 1919, H. 15 (1 Fall). *Koopmann*, Med. Klinik 1921, Nr. 16, S. 465 (1 Fall). *Knauer*, Klin. W. 1924, S. 190 (1 Fall). *Heuß*, Med. Klin. 1925, Nr. 13, S. 470 (1 Fall). *Landé*, M. Klin. 1926, S. 924 (3 Fälle). *Wanke*, D. Z. f. Chir. Bd. 199, 1926, S. 214 (2 Fälle). *Brieger* u. *Ehrlich*, 2 Fälle Malignes Ödem. B. k. W. 1882, Nr. 44, S. 661. *Nauwerck*, M. m. W. 1918, S. 945 (1 Fall, malignes Ödem). *Ostrowsky*, B. kl.W. 1919, Nr. 33, S. 579 (1 Fall, malignes Ödem). *Rosenberg*, D. m. W. 1919, Nr. 15, S. 410 (1 Fall Streptokokken, 1 Fall malignes Ödem). *Schranz*, M. Klinik 1920, Nr. 7, S. 182 (1 Fall, bakteriologisch unbestimmt). *Kemkes*, D. m. W. 1923, Nr. 18, S. 581 (anaerober Bazillus, Tierversuch negativ).

Außerdem sind noch 9 Fälle von *Schütt*, *Fritsch*-Gera, *Batzdorf*, *Lorenz*, *Wullstein* so kurz erwähnt, daß sie für diese Arbeit unverwertbar waren.

Die Familienpflege der Wittenauer Heilstätten nach dem Kriege, mit besondererer Berücksichtigung der Pflegeheime.

Von

Oberarzt Dr. C. F. van Vleuten.

Die Einrichtung der Wittenauer Familienpflege unter *Wilhelm Sander* 1885 schildert die Monographie von *Bothe*, ihre weitere Ausbreitung bis 1914 *Nawratzki*, *Matthies* und *Bernhardt*, die Schwierigkeiten während des Krieges meine eigene Mitteilung. Die weitere Entwicklung in den 10 Jahren nach dem Kriege ist in mehr als einer Hinsicht bemerkenswert. Während wir im Oktober 1918 im Gegensatz zu den meist eingegangenen Familienpflegen der anderen Anstalten trotz der vier Kriegsjahre noch immer eine Anzahl von rund 200 Pfleglingen aufzuweisen hatten, sank die Menge in den Wirren und Ernährungsschwierigkeiten der Nachkriegszeit ständig, obwohl größte Bemühung aufgewendet wurde, Kranke in Pflege unterzubringen. Auf der Höhe der Inflation im Jahre 1923 war sie bis auf rund 150 herabgesunken und hatte damit ihren tiefsten Stand erreicht. Mit Einführung fester Währungsverhältnisse stieg sie dauernd, von 170 am 1. April 1924 bis zu 410 im August 1928. Sie hat damit die letzte Zahl vor dem Kriege, nämlich 323 im Rechnungsjahre 1913/1914 erheblich überschritten und ist nicht nur — wie aus den übersichtlichen und eingehenden Zusammenfassungen von *Bufe* hervorgeht — die umfangreichste Familienpflege in Deutschland, sondern — soweit mir bekannt ist — auch in Europa, wenn man von *Gheel* und ähnlichen Einrichtungen absieht, die in Wirklichkeit Irrenkolonien eigenartigen Aufbaues mit zentralem Aufnahme- und Beobachtungshaus sind, aber keine eigentlichen Familienpflegen. Folgende Tabelle erläutert die Zahl der hiesigen Pfleglinge in den Jahren 1914—1928:

Jahr	Pfleglinge	Jahr	Pfleglinge
1914	323 Pfl.	1922	168 Pfl.
1915	302 „	1923	159 „
1916	281 „	1924	170 „
1917	242 „	1925	207 „
1918	204 „	1926	278 „
1919	193 „	1927	356 „
1920	175 „	1928	391 „
1921	161 „	Aug. 1928	410 „

Dieses Wachstum der Wittenauer Familienpflege wird anschaulicher, wenn wir es mit den Zahlen der allgemeinen Krankenbewegung der Wittenauer Heilstätten vergleichen. Im Jahre 1924, also kurz nach dem tiefsten Stande der Familienpflege, betrug z. B.

die Aufnahmeziffer rund 1800, die Zahl der Familienpfleglinge war am 1. April 1924 170, im Jahre 1927 betrug die Menge der Aufnahmen 2527, die der am 1. April 1927 vorhandenen Familienpfleglinge dagegen 356. Im Rechnungsjahr 1928 betrug die Aufnahmeziffer 3100, die Zahl der Familienpfleglinge der Hauptanstalt Dalldorf unserer Heilstätten Ende März 1929 420. Die ca. 130 weiteren Familienpfleglinge, ehemalige Zöglinge unseres Erziehungsheims, welche zu Landwirten und Handwerkern in Pflege aufgegeben sind und vom Pflegearzt gleichfalls ärztlich beaufsichtigt werden, sind hier nicht mitgezählt.

Forschen wir nach den Gründen dieser erfreulichen Entwicklung, so muß zunächst im allgemeinen darauf hingewiesen werden, daß bei der außerordentlichen Platznot, die in der Anstalt in den letzten Jahren herrschte und die auch zu häufigen Verlegungen zahlreicher Kranker in die Provinz geführt hat, eine Vermehrung der in Familie untergebrachten Kranken sehr wertvoll erschien und daher nach Möglichkeit gefördert werden mußte. Zahlreiche Fälle von Idiotie, Imbezillität und besonders von abgelaufener Schizophrenie, die früher in der Anstalt hätten gehalten werden müssen, wurden jetzt in Familienpflege gegeben, nachdem in den Pflegeheimen eine neue Form gefunden war, die möglichste Gewähr für die beste Unterbringung darbot. Denn neben der allgemeinen Förderung der Inpflegegaben ging die Einrichtung von zwei Anlagen einher, die es ermöglichten, außer der Verbesserung der den Pfleglingen gebotenen Daseinsform den Verwaltungsapparat zu vereinfachen. In zahlenmäßig geringerem Maße gilt das von der Übung, zu Beamten und Angestellten der Anstalt Kranke in Pflege zu geben. Während es vorher durch Verfügung der Deputation für das Irrenwesen den Berliner Anstalten nicht erlaubt war, Pflegestellen bei Anstaltsbeamten zu belegen, wurde seit 1921 darin Wandel geschaffen und die hindernde Verfügung aufgehoben. Immerhin sind im Laufe des Jahres 1928 im ganzen 31 Kranke bei Beamten, Ärzten, Pflegern usw. in Pflege gewesen. Irgendwelche Nachteile haben sich nicht gezeigt, im Gegenteil liegt ein bedeutender Vorteil darin, daß die Auffassungsart der Pflegehalter und ihre Kenntnis des Irrenwesens von vornherein ein richtiges Verständnis für die Kranken gewährleistet, weshalb ja auch viele andere Anstalten, besonders vor dem Kriege, wie z. B. Uchtspringe beinahe ausschließlich die Pfleglinge bei Angestellten usw. in Pflege gaben. Aber für das ganze Ergebnis kann die Zahl von 31 nicht von ausschlaggebender Bedeutung sein.

Die entscheidende Steigerung der Zahlen der in der Familie Behandelten fand erst statt, seitdem wir uns entschlossen hatten, sog. Pflegeheime einzurichten. Es sind das Pflegestellen, die nicht einen oder zwei Kranke, sondern deren 4, 6, 8, 10 ja 18 aufnehmen können. Wir gingen dabei von folgenden Erwägungen aus. Während

wir bei Annahme einer der üblichen Pflegestellen für einen oder zwei Kranke Sauberkeit und allgemein menschliches Verständnis für erforderlich und genügend hielten, gab es eine Menge von Fällen, die sich draußen nur halten ließen, wenn ihnen ein gewisses fachmäßiges Verstehen entgegengebracht wurde. In Verfolg dieses Gedankens gelang es uns, einige Damen für Pflegeheime zu gewinnen, die früher entweder selbst Privatirrenanstalten gehabt oder solchen bzw. ähnlichen Unternehmungen nahegestanden hatten. Ein weiterer bedeutender Vorteil war es, daß man die Kranken beisammen hatte, also ein Besuch 10 oder 12 Kranke zu Gesicht des Pflegearztes brachte und dieser nicht gezwungen war, zehn oft sehr weit auseinander gelegene Einzelpflegestellen zu besuchen, um dasselbe Ergebnis zu haben. Dazu kam noch, daß die Pflegeheime uns die Möglichkeit an die Hand gaben, ähnlich den Frühentlassungen, die *Bleuler*, *Kläsi*, *Kolb* und *Faltlhauser* für ihre offene Fürsorge so sehr empfehlen, hier Frühinpflegegaben von Schizophrenen einzuführen.

In dieser Weise sind von den 16 Pflegeheimen, die wir in Gange hatten und haben, 10 Pflegehalter entweder selbst psychiatrisch vorgebildete, übrigens nicht in den Berliner Anstalten tätige Ärzte (2) oder Damen, die zum Führen von Privatirrenanstalten berechtigt sind (6), oder in 3 Fällen Personen, die Erfahrungen in der Psychopathenfürsorge haben und diese auch praktisch betätigen oder betätigt haben. Bei den übrigen Pflegeheimen handelt es sich um Pflegehalter, z. T. ehemalige Pflegerinnen, die dem Pflegearzte seit langem bekannt waren, die sich bei der Verpflegung mehrerer Kranker besonders einsichtig und anstellig gezeigt hatten und denen allmählich einige Kranke mehr anvertraut werden konnten. Doch haben diese Pflegestellen niemals die große Zahl wie bei den anderen sozusagen vorgebildeten Pflegehaltern erreicht.

Zunächst möchte ich nun in einer Tabelle zeigen, wie sich die Pflegeheime zahlenmäßig entwickelten und in welchem Verhältnis sich die Beteiligung der Pflegeheime zu der Zahl der Familienpfleglinge überhaupt verhält. Wir begannen am 1. April 1924 mit 10 Pfleglingen.

Am	1. 4. 1924	bei	170	Pfl.	10	in Pflegeheimen	= 5,9%
„	1. 4. 1925	„	207	„	20	„ „	= 9,7%
„	1. 4. 1926	„	278	„	56	„ „	= 20,1%
„	1. 4. 1927	„	356	„	96	„ „	= 27,0%
„	1. 4. 1928	„	391	„	101	„ „	= 25,8%
„	20. 8. 1928	„	410	„	113	„ „	= 27,6%
„	31. 5. 1929	„	424	„	132	„ „	= 32,2%

Hierzu ist zu bemerken, daß die Gesamtzahl der Pfleglinge, die in dem angegebenen Zeitraum durch die Pflegeheime verpflegt wurde, jedesmal größer ist als die entsprechende Zahl der am 1. April des betreffenden Jahres vorhandenen Pfleglinge, so für 1924 statt

10 Pfleglingen 30, für 1925 ergibt sich statt 20 die Zahl 70, für 1926 statt 56 die Zahl 131, für 1927 statt 96 die Zahl 172, und für die ersten 5 Monate des Jahres 1928/29 statt 113 die Zahl 132. Das kommt daher, daß erstens bis zum April des nächsten Jahres gerechnet wird und zweitens in den größeren Zahlen die Krankenbewegung der Pflegeheime enthalten ist: Entlassungen, Rückaufnahmen, Verlegungen in andere Pflegestellen.

Es ergibt sich weiter, daß unter den in den Pflegeheimen vorwiegend untergebrachten Formen der Geistesstörung der Reihe nach Imbezillität, Schizophrenie und Paralyse den größten Anteil haben. Die starke Zunahme der Paralyse und ihre auffallend wechselnde Anzahl erklärt sich daraus, daß es sich dabei um malariabehandelte Paralysen handelte, die zur Nachkur eine Zeitlang sich in der Familienpflege aufhalten sollten, um einerseits noch beobachtet zu werden, andererseits aber ohne Hast sich eine neue Lebensmöglichkeit in der Freiheit suchen sollten.

Auffallen könnte vielleicht noch die außerordentlich geringe Anzahl der Alkoholkranken in den Pflegeheimen. Aber einmal handelt es sich dort im wesentlichen um Frauen, bei denen Alkoholismus nicht so häufig ist, und dann hat sich im Laufe langjähriger Erfahrung herausgestellt, daß der chronische Alkoholismus eine Krankheitsform ist, für welche die Behandlung in der Familienpflege weniger geeignet ist. Der Alkoholist ist entweder so krank, daß nur die Behandlung in der Hauptanstalt ihm helfen kann, oder er will und muß auch arbeiten und dann hilft ihm die Pflege nichts, da er dabei nicht zu seinen Papieren kommt, keine Marken kleben kann und so zu allerlei Gelegenheitsarbeiten greifen muß, was gar nicht den Heilabsichten entspricht. Es ist dies umso bemerkenswerter, als vor dem Kriege der Anteil der an Alkoholismus leidenden Kranken in der allgemeinen Familienpflege sehr groß war.

Der oben berührte Standpunkt dem chronischen Alkoholismus gegenüber wird im Durchschnitt nur verlassen, wenn es sich um Psychosen handelt, bei denen Alkoholismus als Nebenerscheinung auftrat oder in einzelnen Fällen, die durch Unterbringung bei in der Abstinentenbewegung organisierten Pflegeleuten usw. eine gewisse Aussicht auf Erfolg geben. Während wir sonst mit einigen Ausnahmen mit der Inpflegegabe der Kranken in die eigene Pflege, gerade im Gegensatz zu Uchtspringe, die besten Erfahrungen gemacht haben, sind Trinker in der eigenen Familie aus zahlreichen Gründen meistens nicht gut untergebracht; sie werden darum besser von der offenen Fürsorge bzw. vom Wohlfahrtsamt, d. h. von den dem Wohlfahrtsamt angegliederten zuständigen Stellen versorgt.

Etwa die Hälfte aller in den Pflegeheimen untergebrachten Kranken leidet an Idiotie, Imbezillität und verwandten Psychosen. Es sind hierunter auch aufgezählt die zahlreichen leichter Imbezillen,

die durch psychopathisches unsoziales Verhalten sich draußen im Leben sogleich unmöglich machen, die aber auf diese Weise ohne scharfen Zwang, aber dauernd beaufsichtigt und überwacht, nicht in der Anstalt bleiben müssen, was sonst unvermeidbar wäre. Ähnlich liegt es mit den Endzuständen der Schizophrenie; auch sie sind draußen das Kreuz der Wohlfahrtsämter und Fürsorgestellen, weil ihr uneinsichtig sperriges Wesen sich immer wieder bemerkbar macht und ihre äußerlich oft ganz korrekte Haltung selbst leidlich vorgebildete Fürsorger glauben läßt, daß es böse Absicht und Faulheit wäre, wenn sie sich nicht dem Arbeitsleben einfügen können. Auch für diese Kranken sind die Pflegeheime, wo sie verstanden, gestützt und gehalten werden, dabei aber nicht hinter den Mauern der Anstalt bleiben müssen, als eine Verbesserung ihres Loses anzusehen.

Es sind augenblicklich vorhanden 16 Pflegeheime, von denen 4 seit 1924 und 6 seit 1926 erprobt sind. Im allgemeinen sind Schwierigkeiten mit Nachbarschaft und Behörde wenig vorgekommen. Zwei Einsprüche von Hausbesitzern, als die bisher als Mietswohnung geführte Wohnung der Pflegehalterin nun als Heim eingerichtet war, regelten sich auf gütlichem Wege durch geringe Erhöhung der Miete. Ein Einspruch eines Kreisarztes bei einer auswärtigen Pflegestelle erledigte sich auch durch Vergleich, die Pflegestelle wurde auf Vereinbarung, ohne daß dazu also ein Zwang vorgelegen hätte, um 2 Pfleglinge verringert. Auch in den Pflegeheimen selbst zeigten sich keine wesentlichen Störungen des Betriebes. Eine Anzahl von Pfleglingen, bei denen sich wieder verstärkte Erregungszustände einstellten, wurde ohne Zwischenfälle zur Anstalt zurückgebracht. Die üblichen Entweichungen weisen nur eine recht geringe Zahl auf, die Entlassungen sind in den Pflegeheimen etwas geringer als in der sonstigen Familienpflege, weil im Durchschnitt die Kranken gerade im Hinblick auf eine dauernde Versorgung außerhalb der Anstalt in die Pflegeheime gegeben wurden.

Erwähnenswert erscheint noch, daß seit einem Jahre dem Pfleglingsarzt eine Krankenhausfürsorgerin zur Hilfeleistung beigegeben ist. Sie hilft bei den beiden monatlichen „Pflegetagen", an denen die Pflegehalter mit den Kranken erscheinen und diese vorstellen und gleichzeitig ihr Pflegegeld abholen. Sie macht auch Besuche in den Pflegestellen und unterstützt den Arzt bei den wöchentlichen poliklinischen Pflegebesuchstagen in der Anstalt.

Es bleibt übrig, von der wirtschaftlichen Seite der Familienpflege zu reden und uns die Frage vorzulegen, wieviel die Verwaltung durch die Unterbringung in der Familienpflege im Gegensatz zur Anstaltsbehandlung spart und wie sich die Vergleichszahlen stellen bei der Einzelpflege und im Pflegeheim. Der Kranke stellt sich augenblicklich in der Anstalt an Selbstkosten für den Tag auf 5,20 M., demgegenüber wurden die Selbstkosten der Kranken in

der Familienpflege amtlich nach Berücksichtigung aller in Betracht kommenden Verwaltungskosten, Löhne, Bekleidung, Extrazuweisungen und Pflegegelder auf 2,31 M. berechnet. Die Kosten für die in Pflegeheimen untergebrachten Kranken allein sind, da für die größeren und schwierigeren, mit mehr Unkosten verbundenen Unternehmungen ein höheres Pflegegeld bis zur Höchstgrenze — bis zur Hälfte der Anstaltskosten, d. h. zur Zeit bis zu 71 M. — bezahlt wird, etwas höher und errechnen sich nach denselben Grundsätzen auf 2,88 M. Legt man nun der Berechnung den durchschnittlichen Satz von 2,31 M. zugrunde und nimmt ferner die augenblickliche Durchschnittsmenge von 400 Familienpfleglingen an, so ergibt sich für das Jahr die unvermutet große Summe von 460 000 M. Ersparnis. Also wird bei der in naheliegender Zeit durch Gründung weiterer Pflegeheime und die gewohnte Vermehrung der allgemeinen Familienpflege eintretenden weiteren Steigerung um 30 Patienten eine halbe Million Mark durch diese mit der Anstalt verbundene Familienpflege der Wittenauer Heilstätten für die Stadtverwaltung jährlich gespart. Diese Zahl erscheint so groß, daß man noch einmal hervorheben muß, daß es sich dabei nicht um phantastische Annahmen und Konstruktionen handelt, sondern um Berechnungen, die den Büchern der Abrechnungsstelle der Anstalt entnommen sind.

Die Aussichten für die weitere Entwicklung der Wittenauer Familienpflege sind recht günstig. Sie ist eingefügt in die gestaffelte Fürsorge für Geisteskranke und Nervöse, wie sie *Bratz* beschrieben und verwirklicht hat, und nimmt hier ihren Platz so ein, daß Anstaltspflege, Entlassenenfürsorge, dann unsere ärztlich beaufsichtigte Familienpflege, dann die offene Fürsorge als Staffeln zu nennen wären. Die Familienpflege entlastet organisch die anderen Staffeln und empfängt dauernd von ihnen neuen Zuwachs. Einerseits ist die Bewegung, die Zunahme in den Einzelpflegestellen so regelmäßig geworden, daß dadurch selbst die großen Abgaben durch Entlassungen, Überweisungen an die Wohlfahrtsämter, in einigen Fällen auch durch Tod ausgeglichen werden. Andererseits ist bei den Pflegeheimen noch eine sehr erhebliche Zunahme wahrscheinlich; man muß sich vergegenwärtigen, daß bisher ja nur die Pflegeheime für weibliche Kranke ausgebaut sind und daß von Männern nur 14 gegenüber 99 Frauen in Heimen sich befinden [1]). Schon jetzt sind Unterhandlungen für ein neues, größeres Heim im Gange, das nur Männer und zwar nichtarbeitende, pflegebedürftige Männer aufnehmen wird und von einer Dame übernommen werden soll, die lange Jahre eine Klinik mit chirurgisch und innerlich Kranken geleitet hat. Außer-

---

[1]) Diese Zahlen galten für August 1928, augenblicklich, März 1929 sind 132 Kranke in Pflegeheimen untergebracht, ein größeres Pflegeheim für Männer ist eröffnet.

dem sind aber auch noch andere Pflegeheime kleinerer Art für männliche Kranke in Aussicht genommen, so daß in einiger Zeit der große Unterschied im Prozentverhältnis zwischen Männern und Frauen, der zufällig entstanden ist, verschwunden sein wird.

Augenblicklich befindet sich etwa ein Fünftel aller im Anstaltsverbande behandelten Kranken in Familienpflege. Bei entsprechend günstiger Entwicklung nehme ich an, daß in einigen Jahren ein Viertel erreicht sein wird. Helfen dazu könnte es vielleicht noch, wenn es uns gelingen würde, ein märkisches „Gheel" ins Leben zu rufen. Wie Dalldorf nach 1905 in Lübars, Hermsdorf, Hohen-Neuendorf, Wensickendorf, Werder und Bernau im Hinblick auf diese Möglichkeit mehrere Pfleglinge vereinigte, so hatte *Bratz* eine Familienpflege der damaligen Epileptikeranstalt Wuhlgarten dahin organisiert, daß alle Pfleglinge um Freienwalde a. O. herum ausgegeben waren. Damals schwebte der Plan vor, in Freienwalde alle Pfleglinge der Anstalt anzubringen; doch war die wirklich erreichte Gesamtzahl noch zu gering, als der Versuch abgebrochen wurde.

Die überraschend guten Erfolge mit den Pflegeheimen haben in Wittenau vorläufig die Versuche in der oben angedeuteten Richtung zurückgedrängt, doch wird auch der Gedanke der Unterbringung der Pfleglinge in Pflegedörfern noch immer im Auge behalten.

Individualpsychologie und Eugenik (eine unterbliebene Entgegnung auf einen Vortrag Adlers).

Von

Dr. med. et phil. **Kurt Hildebrandt,**

Oberarzt an den Wittenauer Heilstätten, Dozent an der Universität Berlin.

Alfred Adler hat im Dezember vorigen Jahres im Hörsaal der I. med. Klinik der Charité einen Vortrag gehalten, der zu einer Entgegnung lebhaft herausforderte — aber eine Diskussion wurde nicht gestattet. Was ich damals gern erwidert hätte, will ich darum einem weiteren Kreise und in einer erweiterten, auch die veröffentlichten Werke *Adler*s einbeziehenden Entgegnung nachholen, die dennoch die Freiheit der mündlichen Diskussion für sich beansprucht, ohne eine gründliche systematische Darstellung kurz auf die wichtigsten Punkte einzugehen.

Wenn *Adler* sich darauf beschränken würde, aus der und für die Praxis des Nervenarztes Direktiven zu geben, so könnten wir uns darauf beschränken, das Richtige, was seine Darstellungen enthalten, zu übernehmen. Aber gerade der Vortrag und seine Aufnahme durch

Ärzte und Laien bewiesen, daß sich *Adler*s Wirkung auf die ärztliche Individualbehandlung keineswegs beschränkt: er übt einen großen Einfluß aus auf ein bestimmtes Ideal der Volkserziehung, der Ethik, der Weltanschauung. Darum ist es notwendig, einmal zu untersuchen, was in dieser Lehre begründete Wissenschaft, was bloße subjektive Meinung ist.

Ich sehe, daß eine systematische Kritik der *Adler*schen Lehre schon von *Hans Kunz* im Oktoberheft (1928) der Zeitschr. f. d. ges. Neurologie u. Psychiatrie geleistet wurde. Ich stimme dieser Arbeit in vielen einzelnen und auch wesentlichen Urteilen zu, aber mein Ziel ist ein anderes. Ich will hier *Adler* nicht bemessen an den neuen und subtilen Lehren der Philosophie, die doch nicht allzuvielen Ärzten vertraut sein dürften; wenn ich dennoch auf philosophische und ethische Fragen eingehe, so geschieht es vom Standpunkt des Eugenikers. Sobald der Arzt nicht nur den Patienten heilen will, sondern in Volkserziehung und Politik eingreift, ist er auch als Eugeniker verpflichtet, die Folgen dieser Einwirkung auf das Volksganze zu erwägen. Diesen Schritt von der Individualtherapie in die Volkstherapie, die Eugenik, hat *Adler* mit großem Geschick vernebelt und an dieser Stelle halte ich eine Aufklärung für geboten, denn die für das Volkswohl entscheidende Erkenntnis, daß es schwere Konflikte zwischen Individualtherapie und Eugenik gibt, dringt ja nur langsam in etwas weitere Kreise.

Auf diese Frage ist *Kunz*, der wesentlich von den Interessen der »Phaenomenologen« (im Sinne der Psychologie) ausgeht, nicht eingestellt. Er stützt sich wesentlich auf *Klages* und ist deshalb nicht geeignet, die Kritik bis zur letzten Klarheit zu führen, denn gerade in der entscheidenden Frage unterliegt *Klages* dem gleichen Irrtum wie *Adler*. Bei aller Anerkennung der Bedeutung *Klages* für die verstehende Psychologie ist es doch Zeit, gegen seine Geist-Feindlichkeit und seine überhebliche *Nietzsche*-Kritik Einspruch zu erheben. Wenn *Kunz Kronfeld*s Meinung für indiskutabel erklärt, weil dieser *Adler*, *Klages* und *Nietzsche* auf eine Ebene stelle, so muß man ihm sagen: das ist kein schlimmerer Irrtum, als *Klages*, *Freud* und *Nietzsche* auf eine Ebene zu rücken.

Ich bin überzeugt, daß *Adler*s Erziehungsgedanke für sehr viele Kinder ein Segen ist, nämlich für die Kinder, für die *Adler* als Arzt zuständig ist, für die psychasthenischen und für viele psychopathischen. Für Kinder, deren Gefühle gleichsam auf falsche Geleise geglitten sind, die in Eigensinn und in hysterischen Affekten in der falschen Richtung ihre Mängel auszugleichen suchen, muß es oft die beste Behandlung bedeuten, wenn man zart und nachsichtig ihre Irrwege analysiert und sie danach auf den rechten Weg bringt.

Aber die Methode des Eugenikers ist eine andere. Er darf nicht von den schwachen Kindern ausgehen und sie zu heilen versuchen,

sondern er muß die rassenhaft tüchtigen Menschen aussuchen, sie muß er dahin bringen, daß sie große Familien gründen. Es ist ja wie gesagt, noch nicht ins Bewußtsein aller Ärzte gedrungen, daß die eugenischen Forderungen und die Forderungen der Individual-Medizin zum großen Teil in diametralem Gegensatz stehen. Für einen Psychopathen, der dem Alkoholismus verfallen ist, ist es gewiß heilsam, wenn er nach dauernden ärztlichen Mühen soweit gebracht wird, daß er auf den Alkohol verzichtet und imstande ist, eine Familie zu gründen — vom eugenischen Standpunkt ist es aber durchaus unerwünscht, daß er sich fortpflanzt. Wollte man — was ich aber durchaus verwerfe — das einseitig-eugenische Prinzip unbedingt dem allgemein-hygienischen überordnen, so müßte man sogar sagen: es wäre erwünschter, daß der Trinker sich durch das Trinken zugrunde richtete, ehe er Nachkommen erzeugt. Das ist nur ein typisches Beispiel für den Gegensatz von Eugenik und Individual-Medizin.

Soll man darum den Trinker trinken lassen und auf die Abstinenzkuren verzichten? Nichts wäre verkehrter. Das eugenische Prinzip ist allerdings an sich das übergeordnete, aber es ist nicht das Einzige, und vor allem steht es unter einer großen Schwierigkeit: es ist praktisch nur in sehr beschränktem Maße durchzuführen. Die individual-medizinische Behandlung hat zwar den großen Nachteil, daß sie nicht auf die Nachkommen wirkt, aber dafür sind ihre Anwendungsmöglichkeiten außerordentlich viel weitere. Wenn nun die soziale Aktion dahin führt, daß ihre Maßnahmen nicht nur auf sehr viele Menschen angewendet, sondern auch durch viele Generationen fortgesetzt werden, so können sie in vielen Beziehungen die eugenischen Maßnahmen ersetzen. Der eugenische Gewinn, daß einige Trinker durch ihre Alkoholkrankheit ihre Fortpflanzungsziffer herabsetzen, kann gar nicht ins Gewicht fallen gegenüber den großen Schäden, die der Alkoholmißbrauch der Gesundheit des Volkes zufügt. Außerdem sind aber Eugenik und Individual-Medizin keineswegs die einzigen Prinzipien des ärztlichen Handelns. Der sittliche Schaden durch Trunksucht und durch das Beispiel der Zügellosigkeit muß ebenfalls auch vom Volks-Hygieniker in seinen ärztlichen Maßnahmen bewertet werden.

Das mag bei einem so drastischen Beispiel wie der Trunksucht selbstverständlich scheinen. Auf alle Fragen der Gesundheit und Krankheit angewendet entfaltet sich aber ein kompliziertes Zusammenspiel zwischen diesen drei Prinzipien: Eugenik — Individual-Medizin — Erziehung. Es wird ein Streit um leere Schlagworte, wenn man eins von ihnen zur alleinigen Grundlage des ärztlichen Handelns machen will, man muß sie vielmehr alle drei im Kopfe haben, und nur wer Erfahrung und Denken zugleich an-

wendet, wird die bestehenden Konflikte, soweit sie überhaupt lösbar sind, praktisch lösen können.

Zweifellos ist für den ärztlichen Beruf im ursprünglichen Sinne die Individualmedizin das Wesentliche: die Einzelnen kommen zum Arzt, daß er ihnen helfe, und die Interessen der Gemeinschaft bleiben dabei ganz ausgeschaltet — aber immer mit dem Vorbehalt, daß die Interessen des Volkes dabei nicht grob verletzt werden. Nun sind aber gerade durch die letzte Entwicklung des sozialen Lebens diese Interessen der Gemeinschaft in weit höherem Maße den ärztlichen Maßnahmen unterworfen; es genügt nur die Seuchenbekämpfung, die Internierung gefährlicher Geisteskranker, die Erkennung von Simulanten, welche die öffentlichen Kassen schädigen oder ungestraft Verbrechen begehen wollen, die Pflege des Sportes und überhaupt fast alles, was man unter »Hygiene« zu begreifen pflegt, zu erinnern. Darüber baut sich nun für den Hygieniker und für den Gesetzgeber überhaupt, die Forderung der Eugenik auf. Auch in den Fragen der Erziehung der Kinder, der Sittlichkeit des Volkes beschränkt man sich nicht auf die Wirkung des Lehrers und Theologen, sondern in steigendem Maße werden die ärztlichen Gesichtspunkte berücksichtigt, und ein Arzt, der sich auf die individual-medizinischen Gedanken beschränkt, hat die Beziehung zur Gemeinschaft verloren.

An diese großen Zusammenhänge muß man denken, wenn man *Adler*s »Individual-Psychologie« beurteilen will.

Um *Adler*s Werk möglichst mit einer Formel zu umfassen, darf man sagen: *Adler*s Wissen beschränkt sich durchaus auf die individual-psychologische Kenntnis der psychasthenischen Menschen. Die gesunde Psyche, die normalen Erziehungsmethoden und die Eugenik läßt er unberücksichtigt. Das wäre nun nicht weiter bemerkenswert, wenn er sich streng auf sein Fach beschränkte; aber *Adler* versucht von seinem so engen Gebiet die ganze Psychologie der Normalen, die gesamte Ethik, die soziale Erziehung des Volkes zu bestimmen. Und gegen diesen großartigen Übergriff muß man sich wehren.

Ich brauche das nicht in allen Einzelheiten nachzuweisen, denn es ist so handgreiflich, daß es jeder sehen muß, der nur einmal darauf hingewiesen wird.

Als den Boden, auf dem sich die Persönlichkeit nicht nur der Psychopathen, sondern, wie *Adler* öfters betont, wohl aller Menschen überhaupt aufbaue, betrachtet er das »Minderwertigkeitsgefühl«. Aus ihm soll also alles lebendige Streben sich entfalten. Je stärker dies Minderwertigkeitsgefühl ist, um so stärker setzt es sich um in den Willen zur Macht, der dies Gefühl kompensieren und überkompensieren soll. Bei den eigentlichen Neurotikern ist dieser Vorgang besonders stark, das Machtverlangen, die Sicherungstendenzen

übertrieben. Da das Machtverlangen natürlich dann besonders den Mißerfolgen ausgesetzt ist, so entstehen die Entgleisungen in hysterische Anfälle u. dgl., denn in solchen Zusammenbrüchen zwingt man die anderen zur Pflege, zur Rücksichtnahme, man macht ihnen unbewußt Vorwürfe: kurz, man rückt sich selbst in den Mittelpunkt des Interesses und rächt sich dadurch an den andern. Die Heilung besteht nun darin, daß man auf Grund der Psychoanalyse dem Menschen diesen Sachverhalt zum Bewußtsein bringt und ihn erzieht zur Aufgabe des Machtzieles, zur Hingabe an die unerbittliche Forderung, den andern das Leben zu erleichtern und zu verschönern — also zum absoluten Altruismus.

Zweifellos steckt in dieser Deutung ein brauchbarer Kern, d. h. sie trifft für Psychastheniker, auch für manche »Gesunde« zu. Wie aber mag ein Forscher dazu kommen, dies eine Entwicklungsschema schlechthin als das gültige Schema für alle Gesunden und Kranken zu setzen? Man findet bei *Adler* den schönen Satz: »Unsere Wissenschaft erfordert ein streng individualisierendes Vorgehen und ist deshalb Verallgemeinerungen nicht geneigt«. Aber wo in aller Welt gibt es denn eine Theorie, die mit dieser Anmaßung das in manchen Fällen gefundene, in viele hineingedeutete nun einfach als Wahrheit für alle Fälle, nicht einmal als umfassende Theorie, sondern als schlechthin empirisch bewiesene Wahrheit hinstellt?

Adler mag behaupten, er habe es mit der Technik seiner Analyse bewiesen — und wer will ihn widerlegen? Ich will nur einen Fall herausgreifen (Nervöse Charaktere, I. Aufl., 186). Ein siebenjähriges Mädchen erzählt seinen Traum: »Meine Freundin war unten. Dann spielten wir miteinander.« Die Worte sind ganz eindeutig. Die Freundin wohnt im oberen Stockwerk, das erzählende Mädchen also »unten«. So reden meines Wissens wohl die meisten deutschen Kinder. *Adler* fragt, ob diese Ausdrucksweise richtig sei, und das Mädchen antwortet ganz richtig: »Sie war bei mir.« Man sollte denken, nun sei *Adler* überführt, daß seine zweideutige Vermutung falsch sei. Im Gegenteil. Mit unnachahmlicher Sophistik fährt *Adler* fort. »Nehmen wir aber an (!), daß diese Ausdrucksweise richtig, und der Akzent auf dem »unten« ruht, dann verbirgt sich dahinter der Gedanke, daß die Rivalin wie in einem Kampfe unserer ehrgeizigen Patientin unterlegen war. „Die Freundin war unten" heißt demnach (!): »ich war oben«, eine Auffassung, durch die man dem Standpunkt der Redenden erst gerecht wird. — (Also in einem Satz klingt es noch wie eine bloße willkürliche Annahme, im nächsten ist es Tatsache). — Mir würde diese Deutung mehr als genug sein. Aber die Fortsetzung ist zu charakteristisch. *Adler* weiß nun also, jene harmlosen acht Worte heißen eigentlich: »zuerst muß ich der Freundin überlegen sein, dann will ich mit ihr

spielen«. Muß ich noch sagen, daß *Adler* in diesem Wort »unten« nun den Beweis sieht, daß die Patientin im Traum die männliche Rolle an sich reißt? Das ist für *Adler* einfach Tatsache. Vorbedingung für diese Deutung wäre, daß die Patientin bereits eine richtige Vorstellung vom Geschlechtsakt hat. Dies vermutet *Adler* denn auch. Also während die notwendige Bedingung, die Ursache, von *Adler* bloß vermutet wird, gilt ihm die Folgerung daraus, die Wirkung, schlechthin als Tatsache. — Vermutlich wird das nächste Werk von *Adler* eine »Individual-Logik« sein.

Man könnte *Adler* um die Fähigkeit beneiden, aus den acht so völlig harmlosen Worten eines siebenjährigen Mädchens einen solchen Roman zu lesen. Erstaunlich nur, daß dies nicht nur als eine wissenschaftliche Deutungsmethode, sondern als die alleingültige Psychologie bei so vielen Gelehrten Glauben findet. Dies eine Beispiel müßte doch genügen, um die Analysen und angeblichen Beweise *Adlers* vorsichtig zu bewerten.

Wie gesagt trifft die Deutung *Adlers* wohl für viele Psychastheniker zu, sie kann auch vereinzelte seelische Vorgänge der Gesunden erklären — wenn er aber mit dieser einen Schablone alle psychologischen Geheimnisse gelöst haben will, so muß man diese Verallgemeinerung ablehnen. Hat *Adler* denn auch noch nicht ein einziges gesundes Kind kennen gelernt? Was das Kind von den Erwachsenen unterscheidet, ist die unbefangene Lebenslust, der Spieltrieb, der schnell von einer Sache zur anderen überspringt. Und wenn man dies Verhalten auf einen unbewußten Trieb deuten will, so doch am ersten auf den Trieb, sich zu einem frohen und allseitigem Leben zu kräftigen und zu vervollkommnen. *Adler* aber lehrt, daß das Kind dauernd beherrscht sei vom »Minderwertigkeitsgefühl« und wenn es nach Macht und Geltung strebt, so ist das alles nur »Überkompensation«, die auf die Überwindung dieses Minderwertigkeitsgefühls gerichtet ist.

Bemerkenswert ist bei dieser Theorie nicht nur die Einseitigkeit, mit der alles durch e i n e Schablone gesehen wird, alles, was nicht hineinpaßt überhaupt nicht gesehen oder grob umgedeutet wird, sondern vor allem die Entschiedenheit, mit der ein im eigentlichen Wortsinne »verkehrtes« Prinzip sich durchsetzt. Ich habe in »Norm und Entartung« dargestellt, wie man die Vielheit der Erscheinungsarten sich allenfalls verständlich machen kann, wenn man von der höchsten und reichsten Erscheinung, eben der Norm ausgeht. Alle anderen Erscheinungsformen sind aus ihr abzuleiten durch Abschwächungen und Mängel. Ganz unmöglich ist der umgekehrte Weg der materialistischen Deutung, aus den niedrigsten und kleinsten Elementen das Höchste verständlich aufbauen zu wollen. Wohl kann ich in meiner Vorstellung einen Dom so zusammenschrumpfen lassen, ihn so vereinfachen, daß eine Hundehütte daraus wird, aber ich kann eine Hundehütte aufblasen und vergrößern wie ich will, niemals wird ein Dom

daraus. Selbstverständlich verkenne ich nicht, daß wissenschaftlich dieser materialistische Weg unbedingt vorzuziehen wäre, da er zu einer wirklichen Erklärung und gesetzmäßigen Deutung der Welt führen würde — ich behaupte nur, daß auf ihm unsere Erkenntnis grundsätzlich versperrt ist, soweit es sich um Erforschung des lebendigen Geschehens, und noch mehr des seelischen Geschehens handelt. *Adler* hat das Gegenbild zu meiner Darstellung in aller wünschenswerten Reinheit entwickelt: er entwickelte das Bild des normalen Menschen aus dem kompensierten Minderwertigkeitsgefühl — eine groteske Verwirklichung des Sprichwortes »das Pferd am Schwanze aufzäumen«.

Ich will nur ein einziges Beispiel gegenüberstellen, weil es in seiner Typik überzeugender sein dürfte, als sämtliche Analysen *Adlers* zusammengenommen. Richard Wagner hörte als Knabe Weber den Freischütz dirigieren und empfand beim Anblick des Dirigenten das Erlebnis, das als Symbol seines ganzen Lebens gelten kann: »Nicht Kaiser und nicht König, aber so dastehen und dirigieren!« Ist es nun wirklich im mindesten wahrscheinlich, daß ein Knabe, berauscht vom ersten Hören einer Oper, von seinem »Minderwertigkeitsgefühl« beherrscht ist und nun in der Oper etwas findet, was ihn gegen dies Gefühl sichern kann? Das wäre doch die denkbar gekünsteltste und unwahrscheinlichste Deutung. Wagner erlebt etwas Herrliches und Mächtiges und das reizt ihn dazu, es nachzuahmen, selbst diese Macht auszuüben. Daß er aber die Wirkung der Oper und des Dirigenten so empfinden kann, setzt doch eine ursprüngliche Liebe für das Mächtige voraus — warum muß dem ein Minderwertigkeitsgefühl vorausgehen?

Ein bei den Individual-Psychologen besonders beliebtes Beispiel ist das des Demosthenes. Demosthenes hatte einen Zungenfehler — also kompensierte er ihn zur größten Beredsamkeit! — Wenn die Individualpsychologen das als schlagendstes Beispiel ansehen, dann ist es allerdings nicht nur um ihre Theorie, sondern auch um ihre Denkfähigkeit schlecht bestellt. Demosthenes ist ein Mensch von großem Machtwillen, er will leitender Staatsmann werden, und dazu bedarf er im damaligen Athen vor allem der Beredsamkeit als Mittel, das Volk zu lenken. Da ein kleiner Zungenfehler dieser Beredsamkeit im Wege steht, so wendet er ein Teil seiner großen Energie darauf, diesen zu kompensieren. Die Deutung nun, daß die große politische Macht nur gleichsam der überkompensierte Zungenfehler war, kann man schwerlich anders als »verkehrt« bezeichnen.

Trotzdem: nicht nur für den Nervenarzt, sondern auch für den Erzieher und Lehrer ist *Adlers* Lehre als eine nützliche Fiktion in einem viel weiteren Umfange gerechtfertigt, als es nach dem Umfange ihrer wissenschaftlichen Gültigkeit scheinen müßte. Wendet man einmal *Adlers* Scheidung an: Gemeinschaftsgefühl und Streben nach

Macht, nach persönlicher Überlegenheit, eine Scheidung, die bei *Adler* ziemlich genau sich deckt mit der konventionellen Scheidung des altruistischen und des egoistischen Triebes, so ist zweifellos zuzugeben, daß der Erzieher nicht nur für psychopathische, sondern für alle schwächeren, ja überhaupt für die große Masse der Kinder sich die Unterdrückung der egoistischen Triebe zur Aufgabe machen muß. Ja man wird nicht bestreiten, daß auch für die innere und äußere Politik der Völker das meiste Unglück aus den egoistischen Trieben, aus dem Machtbedürfnis an falscher Stelle stammt. Insoweit erkenne ich den nützlichen Kern der *Adler*-Richtung für die verstehende Psychologie und für die individuelle und politische Erziehung an. Jeder Mensch sollte sich zur Selbsterkenntnis erziehen, was in seinem Wollen und Handeln echt ist, was andererseits nur Prestige-Politik ist, irregeleitetes Machtbedürfnis, das nur die eigenen Mängel und Bedürftigkeiten kompensieren soll.

Aber es ist ein großer Irrtum, daß diese eine Aufgabe schon den wesentlichen und höchsten Gehalt der Erziehung und Politik umfasse. Vielleicht würde die Behauptung sehr verlockend klingen, daß die egoistischen Triebe von Natur soviel überwiegen, daß der Erzieher sie schonungslos unterdrücken darf, um die altruistischen zu steigern. Dagegen ist zu sagen, daß die Erziehung eine äußerst vielseitige Kunst ist, die nie sich mit so einfachen Grundsätzen begnügen darf und vor allem: daß jede Moral, die sich auf eine Fiktion gründet, mag diese noch so nützlich und notwendig erscheinen, in höchster Gefahr ist, verlogen zu werden und das Beste im Menschen zu zerstören.

Adler verkennt völlig das Wesen der Macht. Es ist eine materialistische Umdeutung, wenn man voraussetzt, daß die Macht ein Raub am Wesen der andern sein müsse. Der Dirigent, der die Leistung der andern zusammenfaßt, verlangt zwar Unterordnung, aber indem er die Musiker mit fortreißt, verleiht er jedem einzelnen Macht, die er nicht haben würde, wenn alle ziellos durcheinanderspielen würden. Wenn Österreich sich der Macht des Deutschen Reiches eingliedern will, so gibt es zwar etwas auf, aber es will im Ganzen doch auch an Macht gewinnen. Das reinste Beispiel ist wohl das des Vasallen: er erkennt die übergeordnete Macht des Lehnsherrn an, aber dieser leiht auch seine Macht dem Vasallen zum Schutze.

Der Fehler liegt also darin, im Trieb zur Macht überhaupt nur ein sekundäres Schutzmittel gegen das Minderwertigkeitsgefühl zu sehen. Der Trieb zur Macht ist ein wesentlicher Bestandteil des Gestaltungstriebes in der lebendigen Natur. Warum wächst der Baum, sich immer neue Stoffe einverleibend, so »mächtig«. Wenn *Adler* wie *Klages* diesen Grundsatz *Nietz*sches leugnet, so haben sie sein Bestes nicht verstanden. Auch *Nietzsche* haßte die na-

tionalistische Machtpolitik, war Feind des militaristischen Europa: er wollte den geistigen Krieg, die geistige Machtpolitik, er wollte als der »gute Europäer« ein einiges Europa. Mit Partei-Anschauung hat dieser Wille zur Macht, den Nietzsche meint, nichts zu tun. Auch der Friede, die Güte, die Gerechtigkeit können wirken und herrschen nur wenn sie „Macht" gewinnen: ohne Willen zur Macht zerbröckelt die Welt.

Diese lebendige Macht-Idee, die nicht nur das Haupt stärker macht, sondern auch die Glieder, wird von *Adler* völlig verkannt. Ohne sie kann es keine staatlichen Gebilde geben, sondern nur Haufen von Individuen. Aber selbst wenn man dies nur als Nützlichkeitsbewertung ablehnen wollte, so gilt es in höherem Maße noch vom Werte des Lebens selbst. Eine konsequente altruistische Auffassung ist unhaltbar. Wenn der Wert des Menschen einzig darin besteht, den andern zu dienen, wo steckt der Wert, für den gedient wird? Es ist in der Tat eine lebenentwertende Anschauung, die in keinem Menschen den Selbstzweck anerkennt. Welchen Wert kann das Weltall haben, wenn es keine lebendigen Wesen von Eigenwert gibt? Die Weltgeschichte wäre sinnlos und alles Leiden der Welt wäre hoffnungslos, wenn es nicht Menschen gegeben hätte, deren Dasein und Dienst als schön, als Selbstzweck anerkannt werden dürfte.

Dem könnte *Adler* wohl nur entgegnen, daß seine Moral mit der christlichen übereinstimme. Ohne darüber zu streiten, ob die christliche Moral schlechthin die alleingültige ist, erwidere ich nur: auch die katholische Kirche ist ein Gebilde hoher realer Macht, wenn auch aus geistigem Prinzip und Christus, wie ihn die Evangelien überliefern, hat diesen Machtbau mindestens zum Teil gerechtfertigt. Auch er hat die Sünderin belobt, die ihn mit kostbaren Salben salbte, auch er sah Petrus vorwurfsvoll an, als dieser für ihn zu sterben nicht bereit war und er setzte das Abendmahl zu seinem persönlichen Gedächtnis ein.

Adler hat Recht, daß er die ichsüchtigen Machttriebe unterdrücken will, aber er eliminiert das Beste aus der Welt, wenn er die Macht, die geistige Führerschaft der zu ihr Berufenen ausschaltet. Alle Mächtigkeit des Menschen als bloße überkompensierte Minderwertigkeit verleumden, ist Entwertung des Menschentums. —

Ich wollte nicht *Adlers* Psychologie und Philosophie als solche analysieren und kritisieren, sondern seine eugenische Wirkung betrachten. Dazu waren diese Ausführungen notwendig und wenn ich in ihnen, wie es nun einmal im Wesen des Eugenikers liegt, auf die Wertprinzipien nicht verzichten konnte, so kann sich *Adler* nicht beklagen: wenn er sich nur für die Minder„wert"igkeit interessiert,

muß er andern zugestehen, sich mehr für die Höherwertigkeit interessieren zu dürfen.

Die Anwendung des oben Gesagten auf die Eugenik wird sich für jeden, der sich mit ihr beschäftigt, leicht ergeben. Soviel hat ja die moderne Vererbungslehre mit Sicherheit ergeben, daß eine Erhaltung der Rasse nur möglich ist, wenn die tüchtigen Rassenlinien sich stärker als die minderwertigen fortpflanzen. Dies Grundprinzip scheint *Adler* schlechthin zu leugnen. Es war befremdlich, als er in seinem Vortrage den Rassehygienikern einen Wink geben zu dürfen vermeinte, während er doch auch von der Tatsache, daß es so etwas wie Vererbungswissenschaft gibt, kaum eine Ahnung zu haben scheint. Die angeborene Anlage hat nach *Adler* eine nur sehr geringe Bedeutung, alles hängt ab von der leitenden Fiktion. Das heißt für die Erziehung: die Menschen sind ziemlich gleichwertig, alles kommt auf die Erziehung an. Es ist erfreulich, daß er den hohen Wert der Erziehung betont, aber durchaus irreführend, wenn er nicht die grundlegende Bedeutung der Anlage anerkennt.

Weiter bedeutet seine Lehre die Förderung der Minderwertigen: nur die Tugenden, die auch den schwachen Menschen erreichbar sind, erkennt er an. Ging er doch im Vortrage soweit, den Zorn als einen asthenischen Affekt zu bezeichnen, ihn also mit der ohnmächtigen Wut zu verwechseln. Liebe und Zorn sind die typischen Affekte des starken Menschen. Der zürnende Achilles, der die Seuchen erregende Apollo, Jupiter tonans sind nach *Adler* also Bilder der Schwäche. Dem entspricht es ganz, wenn er unsere Kultur als zu männlich empfindet!

Die männliche, kräftigende Gesinnung ist ihm fremd, das zeigt sich auch in seiner Auffassung der »Unfallsneurosen«. Ich gebe ihm durchaus recht, wenn er auch auf die Sicherungstendenzen und ideellere Momente neben dem materiellen Rentenbegehren hinweist, aber das letztere ganz zu leugnen, ist doch unberechtigt. Es ist sehr bezeichnend für ihn, wenn er sagt: »aber unter den Laien wurde ein Vorurteil(!) wach, genährt durch voreilige Schlüsse aus der Beobachtung der rasch sich vermehrenden Unfallneurosen, als ob der Nervöse an »Einbildungen« leide und sich willkürlicher Übertreibungen schuldig mache, und als ob es ihm möglich wäre, durch Kräftigung seiner Energie seine Krankeitserscheinungen zu überwinden.«

Zum Schluß muß noch eine merkwürdige Feststellung gemacht werden. Das getadelte Machtstreben wirkt auch in *Adler* weiter und seine analytische Methode hat in ihm selbst doch nicht jedes Machtstreben unterdrückt. Er selbst will ja in Schriften und Kongressen Führer sein, nicht nur für wissenschaftliche Lehre, sondern mit ausgesprochen allgemeiner, sozialer Tendenz. Wie verhöhnt er die Prestige-Politik der andern, und mit welcher Empfindlich-

keit spricht aus den gleichen Sätzen seine eigene Prestige-Politik. »Daß sich Prestige-Wissenschaft dem Einfluß unserer Individualpsychologie zu entwinden trachtet, daß sie mit Finten und auf Umwegen unsere Aufdeckungen nicht bekämpft, sondern übernimmt, ist mir und meinen Schülern keine sonderliche Überraschung. Vor der Tatsache, daß sie immer unseren Aufdeckungen des Machtrausches nachhinkt, sie niemals überflügelt, verblaßt ihr eigener Dünkel und ihre Großsprecherei«. (Vorwort zur Pr. u. Th. der Individualpsychologie.) Was ist schon das Wort »Individual-Psychologie« anders als ein Propagandaschild, denn über die Unangemessenheit dieses Namens, der doch fast alle verstehende Psychologie (nämlich soweit sie nicht sekundär auf übergeordnete Gruppen übertragen ist) umfaßt, wird er sich selbst im klaren sein. Er hat innerhalb der Individualpsychologie eine Schablone gefunden, die dem wissenschaftlichen Menschen, soweit sie als Schablone für alles gelten soll, unangenehm ist, die aber für den Praktiker zweckmäßig ist, — er nimmt aber den Namen Individualpsychologie in Anspruch, als ob er eine neue Wissenschaft, die alleingültige Psychologie erfunden habe; wer das nicht anerkennt, der treibt »Prestige-Wissenschaft«.

Adler hat seinen besten Gedanken, nämlich daß das Sicherungs- und Machtstreben aus innerer Unsicherheit stammen kann, aus *Nietzsches* Psychologie übernommen, aber er hat ihn viel zu einseitig angewandt und so *Nietzsches* Gesamtwillen streng entgegengesetzt: das Beste von *Nietzsche* hat er nicht aufgenommen.

Umgekehrt hat er von *Freud* viel übernommen, aber man muß anerkennen, daß er gerade das Einseitige und Tendenziöse bei *Freud*, die schablonenhafte Betonung der Sexualität, ausgeschaltet hat.

Aus dem Bereich der modernen Psychologie hat er einen Gedanken überbetont, der für die Behandlung psychasthenischer Kinder, mit einiger Einschränkung für die Erziehung überhaupt, eine fruchtbare Fiktion ist. Dabei fehlt ihm der Sinn für die Vererbungslehre, für die Psychologie des Gesunden und Kräftigen, für die Forderungen der Eugenik, fehlt ihm der Sinn für die Norm. Seinem Versuch aber, eine praktische Regel als eine neue Wissenschaft, ja als die einzig gültige Psychologie hinzustellen und alle andere Wissenschaft als verlogene und großsprecherische Prestige-Wissenschaft zu verurteilen, muß widersprochen werden.

Ein Fall mit paranoischen Vorstellungen bei manisch-depressivem Irresein.

Von

Dr. S. Heine, Oberarzt an den Wittenauer Heilstätten.

Die Paranoia behauptete sowohl in ihrem älteren Sinne, als auch innerhalb der engen Grenzen, die ihr *Kraepelin* zuwies, bis in dieses Jahrhundert hinein in der Psychiatrie ihre Stellung als reine Verstandeskrankheit. Stimmungen, Gefühle, Affekte der Paranoiker wurden gemäß dem Standpunkte einer Autorität wie *Westphal* ([1]) als abhängig von dem jeweiligen Inhalt der Vorstellungen, also als etwas Sekundäres angesehen. Freilich wurden auch Stimmen laut, die den Affekten bei dem Leiden eine größere Bedeutung beilegten. So z. B. erachtete es *Moeli* ([2]) für nicht bewiesen, daß das Empfindungsleben der Paranoiker bei ihrer Wahnbildung primär in keiner Weise beteiligt wäre. Später vertrat *Margulies* (3) die Ansicht, daß die ersten Störungen der Paranoia auf dem Gebiet der Empfindungen und Gefühle lägen.

Nachdem sich die *Kraepelin*sche Nomenklatur, nach der die Bezeichnung Paranoia ausschließlich für Fälle besonnenen Wahns vorbehalten ist, fast allgemein in der Psychiatrie durchgesetzt hatte, gelangte durch *Specht* (4 u. 5) die Paranoiafrage in gewisser Hinsicht in ein neues Stadium. Nach *Specht* hat nämlich die Paranoia aufgehört, als selbständige Krankheit zu bestehen, und ist nur als eine Form des manisch-depressiven Irrseeins zu betrachten. Insbesondere soll die chronische Manie, die nach *Specht* nicht etwa als ein Ausgang des paroxysmalen manischen Irreseins, sondern als eine selbständige Krankheit mit den bekannten Maniesymptomen in gestreckter Form aufzufassen ist, aus ihren krankhaften Affekten heraus zur Wahnbildung führen.

Zunächst nahm *Specht* diesen Standpunkt hinsichtlich des Querulantenwahnes ein, bei dem er das ganze Rüstzeug der Manie finden wollte, und der daher nach der Meinung des Autors besser die Bezeichnung Querulantenmanie verdiente. Weiterhin glaubte aber *Specht*, in analoger Weise auch bei allen sonstigen Formen der *Kraepelin*schen Paranoia die Entstehung des Wahnes erklären zu müssen.

Die Lehre *Spechts* vermochte nur wenig Anhänger zu finden, da es viele Fälle von Paranoia gibt, bei denen sich keine Spur eines manisch-depressiven Zeichens nachweisen läßt. In letzter Zeit hat in *Ewald* (6 u. 7) die Theorie einen Vorkämpfer gefunden.

Es ginge über den Rahmen meiner Arbeit hinaus, wollte ich mich in Erörterungen über die Berechtigung und die Mängel der *Specht*schen Lehre einlassen. Im folgenden sei nur ein Fall mit paranoischen Vorstellungen bei manisch-depressivem Irresein beschrie-

ben, der, wenn auch solche Fälle in der Literatur nicht eben selten dastehen, durch die Eigenart der Ideen, die den Kranken straffällig werden ließen, ein gewisses Interesse beansprucht.

E. K., 55jähriger nicht akademischer Techniker, wird am 4. 8. 27. durch die Polizei wegen eines heftigen Erregungszustandes am vorhergehenden Tage den Wittenauer Heilstätten zugeführt.

Vorgeschichte.

Über Heredität nichts Sicheres zu ermitteln. Entwicklung des K. normal. Pat. besuchte ein Technikum, wo er das Meisterzeugnis erwarb. Nicht aktiv gedient. Keine Inf. vener. Kein Alkohol- oder Nikotinmißbrauch, keine Kopfverletzung. Im Kriege aus unbekanntem Grunde nicht eingezogen. Seit 1895 verheiratet. Eine gesunde Tochter, einige Aborte der Ehefrau. K. früher ordentlicher sparsamer Mann, stets liebevoller, aufmerksamer Gatte, guter Vater. Sehr fleißig, 18 Jahre bei derselben Firma angestellt. Gelegentlich Magenbeschwerden, sonst früher gesund. Seit 1923 nicht mehr in fester Stellung. Seitdem nur hin und wieder etwas verdient, grämte sich hierüber und weinte viel.

Um Weihnachten 1925 erste Krankheitserscheinungen. Lief von da ab oft von Hause fort, blieb die Nacht über weg, rüstete sich bei seinem Fortgehen mit großer Wichtigkeit wie ein Kriminalbeamter aus, nahm eine Polizeipfeife, Totschläger u. a. Dinge der Art mit. Als Grund gab er seiner Frau an, es geschähe soviel Unrecht in der Welt, was die Polizei nicht sähe; er müsse es feststellen und zur Anzeige bringen. Bei seiner Rückkehr von der Frau gefragt, wo er gewesen wäre, ließ sich nichts herausbekommen. Von der oben genannten Zeit ab auch Veränderung im Verhalten der Frau und Tochter gegenüber. K. wurde aus nichtigen Anlässen sehr erregt, bekam mit den Angehörigen oft Streit, schlug einmal recht brutal seine Frau auf der Straße. Während früher in wirtschaftlichen Dingen ordentlich, bezahlte er jetzt die Miete nicht, machte seinen Verhältnissen nicht entsprechende Einkäufe, zeigte lautes herausforderndes Wesen, war sehr selbstbewußt und herrschsüchtig. Schlief nachts nur 1—2 Stunden, oft auf einem Stuhl. Gefühl körperlicher Kraft. Mensendiekte nach seiner Art und zwar so lange, bis er ganz außer Atem war. Hatte jetzt wieder Stimmung, worüber er sich freute. Sein Körper war während dieser Zeit äußerst elastisch. K. war fast Tag und Nacht auf den Beinen. Dauer derartiger Zustände 14 Tage bis vier Wochen. Dann Stadium gedrückter Stimmung. Hierbei Gefühl großer Mattigkeit, klagte über heißen Kopf, weinte viel, zeigte im Gegensatz zum Stadium der Erregung Neigung zu viel Schlaf. Klammerte sich an die Frau an, ohne deren Begleitung er nicht ausging. Dauer der Depressionen bis sechs Wochen.

Hin und wieder kurze Perioden normalen Zustandes, in denen Patient noch befähigt war, gelegentlich zu arbeiten. Am 30. XI. 27 Aufnahme in das Sanatorium S. in M. Dort bei Ankunft depressiv, dabei aber starker Rededrang. Fernerhin sehr erregt, stand nachts auf, lief im Zimmer umher, zeitweise ideenflüchtig und reizbar. Bekam im Ort M. Streit mit Geschäftsleuten, alarmierte grundlos die Polizei. Deswegen am 4. XII. 27 Überführung nach der Psychiatr. Klinik in Kiel. Dort gehobener Stimmung, begrüßt freudig den Stationsarzt. Macht sich ein besonderes Vergnügen daraus, seine Mitpatienten zu ärgern. Macht klare Angaben über die Schwankungen in seinem psychischen Zustand. Körperl. Unters. am 6. XII. 27 o. B. Wa. und S.-G.

beim Blut neg. Psych. Zustand wird folgendermaßen geschildert: Sehr lebhafter, zeitweise ideenflüchtiger Rededrang, sehr interessiert für die Vorgänge der Station, die Pat. z. T. richtig kritisiert. Starker Betätigungsdrang, voller Kraftgefühl, will alles besser wissen, wird zeitweise lästig durch dauernde Wünsche, ist aber leicht zu beruhigen und abzulenken. In seinen Umgangsformen sehr höflich, dann wieder grob und hemmungslos, wenn ihn jemand reizt.

8. XII. 27. Dauernd in manisch. Erregung, äußert in herrischem Ton Wünsche, wird handgreiflich, drängt auf Entlassung, will im Saal gymnast. Übungen machen, muß zeitweilig isoliert werden. Klagt danach in eigenartig sentimental maniriertem, seiner sonstigen forschen Redeweise nicht entsprechendem Tonfall über Schmerzen in Knien und Herzgegend, wo ihn angeblich andere Patienten geschlagen haben sollen. 14. XII. 27. Zeigt deutlich hyster. Züge, mimt alle Klagen theatralisch mit gesenkter Stimme und traurigen Zügen vor, um auf seinen alten Tonfall zurückzukommen, wenn er merkt, daß sein trauriges Gebaren keinen rechten Glauben erweckt' Auffällig ist die Monotonie und Hartnäckigkeit, mit der er seine Beschwerden immer wieder vorbringt. Heute ist er besonders laut, aggressiv, braucht ordinäre Schimpfworte, will an seine Frau schreiben, kommt vor lauter Reden nicht dazu.

In Folgezeit ruhiger. Intelligenz in allen Teilen gut. Prompte Antworten, dabei gewisser Rededrang, Neigung zu sehr ausführlichen Antworten;

Weiterhin ruhiges, unauffälliges Verhalten. Am 27. I. 28 Entlassung aus der Klinik. Diagn.: Manisch-depressives Irresein (Phasen von kurzer Dauer und raschem Wechsel. Zeitweise katatone und hyst. Züge).

Nach Entlassung zu Hause geordnetes Verhalten des K. Am 6. IV. 28 neuer Erregungszustand. K. lief von jetzt ab wieder täglich von Hause fort, schimpfte auf Frau und Tochter in den gemeinsten Ausdrücken, war auf die Frau sehr eifersüchtig. Deshalb am 14. VI. 28 durch das Wohlfahrtsamt Aufnahme in die I. A. Buch. Bei Aufnahme dort ruhig, gab Auskunft, orientiert, sehr gesprächig. Am 18. VI. 28 in seinen Berichten ziemlich umständlich und weitschweifig, erstickte in Details, verlor die Zielvorstellung. Redeweise hastig und schnell, von lebhafter Mimik begleitet. Sagte, er harmonierte wenig mit seiner Frau und erstrebte Scheidung; er zankte sich oft mit der Frau, weil sie ihn vor fremden Leuten als geisteskrank bezeichnete.

Weiterhin ruhig und geordnet. Durch das Verhalten der Frau würden die Erregungszustände erst hervorgerufen. Es steckte noch etwas anderes hinter seiner jetzigen Internierung. Seine Tochter hätte nämlich neulich, als er von Hause abgeholt wurde, so spitz gesagt: »Bitte, Papa, zieh dich an.« Er hätte Verdacht, daß man seine Entmündigung plante. Sehr redselig, weitschweifig in Erzählungen. Am 28. VII. 28 auf eigenen Wunsch gegen ärztlichen Rat entlassen. Diagnose: Man.-depress. Irresein.

Nach Entlassung zu Hause von neuem in Exaltation, zeigt sein in solchem Zustande übliches Verhalten. Die Frau hatte drei Zimmer ihrer Wohnung aus Furcht, der Mann möchte sie in Unordnung bringen, abgeschlossen. K. geriet hierdurch in einen heftigen Erregungszustand, der seine Unterbringung in Wittenau an oben genanntem Tage nötig machte. Im kreisärztlichen Attest heißt es u. a.: »Wird völlig von seinen Wahnvorstellungen beherrscht, bezichtigt die Angehörigen schwerer Verbrechen, fühlt sich von ihnen hintergangen und bedroht.«

Hiesige Beobachtung.

Bei Aufnahme ruhiges Verhalten des K. Am 6. VIII. 28 kommt er bei der Untersuchung vom Hundertsten ins Tausendste. Er habe seine Frau und Tochter ausgesperrt und sie nur in die Wohnung hineinlassen wollen, wenn sie ihm die Schlüssel zu den drei Zimmern aushändigten. Die Frau habe zur Öffnung der Korridortür einen Schlosser geholt. Anfangs habe er sich von innen gegen die Tür gestemmt, dann habe er den Widerstand aufgegeben, sich in sein Schlafzimmer eingeriegelt, sei dort ohnmächtig umgefallen und erst wieder zu sich gekommen, als man ihn zur Wache geholt habe. Es habe keinen Zweck mehr für ihn, mit seiner Frau weiter zu leben. Ist quengelig, ohne Krankheitseinsicht.

Am 7. VIII und 9. VIII. erzählt Patient von neuem weitschweifig die Vorgänge, die sich einige Tage vorher in seiner Wohnung abgespielt hatten. Gefragt, weshalb er durchaus in die Zimmer gewollt habe, erwidert er, in den Räumen könne sich ja in der Zwischenzeit allerlei Gesindel eingenistet haben. Verlangt seine sofortige Entlassung, schimpft in gröblicher Weise auf den Kreisarzt, der ihn vermeintlich zu Unrecht in W. untergebracht hat. Werde veranlassen, daß der betr. Arzt nicht mehr lange in seinem Amt verbleibe. Will sich deswegen an seine angeblichen Freunde, die Minister B., G. und S., wenden. Sinnestäuschungen werden verneint.

23. VIII. 28. Wa. beim Blut neg. Dem Arzt gegenüber freundlich, dem Pflegepersonal und auch dem Oberpfleger gegenüber im Tone oft recht unangemessen.

Inzwischen erfolgt Ersuchen eines Landgerichts um ein Gutachten über die straftrechtliche Zurechnungsfähigkeit des K. bei Begehung einer Straftat im Frühjahr bzw. Sommer 1927. K. hatte nämlich das Gelände eines Güterbahnhofs mehrmals, auch zur Nachtzeit, unbefugt betreten und dort Kontrollen ausgeführt, wobei er sich den Bahnhofswächtern einmal als Überwachungsbeamter, ein anderes Mal als Betriebskontrolleur ausgab. Zeigte einen Postausweis zur Legitimation vor, den die Wächter in der Dunkelheit nicht erkannten. Führte eine Scheinpistole und einen Totschläger mit sich, gab in einem Falle auch mehrere Schüsse ab, weil er zeigen wollte, daß er eine Waffe bei sich führte. Am 6. VII. 27 bei neuerlichem Betreten der Bahnanlage Festnahme durch die Polizei. K. hatte übrigens dem einen der Wächter den Eindruck eines geistig nicht normalen Menschen gemacht. Wurde in erster Instanz wegen Amtsanmaßung zu 20 RM. Geldstrafe verurteilt. Seine Ehefrau beantragte als dann auf Grund der Geisteskrankheit ihres Mannes Einstellung des Verfahrens. Zum Zwecke der Begutachtung fanden hier in Wittenau alsdann weitere eingehende Untersuchungen statt:

22. IX. 28. In letzter Zeit ruhiges und geordnetes Verhalten des K. Keine Lust zu nützlicher Betätigung. Die Hausarbeit sei ihm zu schwer. Bei heutiger Exploration wie sonst Rededrang, der sich aber auf Aufforderung unterdrücken läßt. Stimmung im großen und ganzen gehoben. Gerät bei Angabe seiner Geburtsdaten in ein deklamatorisches Pathos. Zeigt Neigung, dazwischen zu reden, und zum Thema nicht Gehöriges zu erzählen. Macht über sein Vorleben klare und richtige Angaben. Möchte entlassen werden, um etwas zu verdienen, damit die Kosten für seinen Hausstand nicht nur seine Tochter zu tragen habe.

25. IX. 28. Ergeht sich auf Vorhalt seines Verhaltens bei Ausbruch der Krankheit in großen Weitschweifigkeiten. Habe wohl an Erschöpfungszuständen

gelitten, sei aber geistig ganz normal gewesen. Er sei nicht zum Vergnügen von Hause fortgelaufen, das sei ihm blutiger Ernst mit seiner Sache gewesen; er habe nämlich eine kriminalistische Ader und sei nachts fortgegangen, um irgendwelchen Mißständen auf die Spur zu kommen, und hierdurch der Allgemeinheit zu dienen. Ziehe eben diese Betätigung vor, selbst wenn sein Familienleben darunter leide. Erklärt mit Pathos, er habe sich nachts nicht in liederlicher Absicht herumgetrieben, habe nie ein Frauenzimmer gebraucht, sondern sein Geld lieber zur Anschaffung von guten Büchern verwandt. Gerät dann in zornigen Affekt. Werde nicht eher ruhen, als bis der Kreisarzt, der ihn hierhergebracht, seines Amtes enthoben sei, wobei ihm seine guten Freunde und Parteigenossen, die Minister Z., B. und S., helfen würden. Es seien wahnhafte Vorstellungen seiner Frau, daß er krank sei; die Frau verstehe eben nicht, daß das, was er auf seinen Wanderungen anstelle, höchst verständig sei; die wisse gar nicht, was er nicht alles entdeckt habe.

26. IX. 28. Will auch bei seiner Aufnahme in die Kieler Klinik gänzlich gesund gewesen sein. Gefragt, warum man ihn denn dort untergebracht habe, erwidert er, das sei eine abgekartete Sache gewesen. In M. schon habe man ihn so eigenartig empfangen. Der Hausdiener, der ihn vom Bahnhof abholte, habe ihn so merkwürdig angesehen; auch habe er bei Tisch den Platz neben der Krankenschwester bekommen. Man habe ihm allerdings gesagt, es sei so üblich, daß die Neuaufgenommenen dort zuerst hingesetzt würden. — Auch hier wieder in seinen Berichten recht weitschweifig,

Bildet sich ein, derselbe Kreisarzt, der seine Überführung nach Wittenau veranlaßt hat, stecke hinter seiner Überführung aus dem Sanatorium in M. nach der Kieler Klinik. Die ganze Behandlung in M. sei nur eine Scheinbehandlung gewesen. Bestreitet auf Vorbehalt, daß er nachts durch Herumlaufen seine Mitpatienten gestört hat. Das sei eine Lüge, er sei nur nachts aufgestanden, um das Fenster zu schließen. In Betreff des Streites mit den Geschäftsleuten in M. berichtet er, er habe dort in einem Laden ein Paar weiche Schuhe, die er sich tags zuvor gekauft hatte, gegen ein billigeres Paar umtauschen, und sich den Preisunterschied von ca. 35 Pfg. zurückzahlen lassen wollen, worin der Händler nicht eingewilligt habe. Auf diesbezügliche Fragen gibt K. heute zu, daß er allerdings die Schuh, die er umtauschen wollte, einmal nachts gebraucht hat, wodurch sie eine Schramme erhielten. Nach seinem Fortgang aus dem Geschäft sei ihm eingefallen, er könne sich in dem gegenüberliegenden Gemeindehaus erkundigen, ob der Händler nicht zur Zurücknahme der Schuh verpflichtet sei. Ein Polizeiwachtmeister V. habe ihm hierin zugestimmt. Als er, K., sich darauf in dem Laden auf den polizeilichen Bescheid berufen habe, habe der Händler abermals die Rücknahme der Schuh verweigert. K. wandte sich noch an den Bürgermeister, der ihm gleichfalls recht gegeben haben soll. Wollte dann mit Hilfe der Gendarmerie die Abnahme der teureren Schuh und Herausgabe des Geldes erzwingen, traf aber den Beamten nicht mehr an, worauf er sich weiter nicht mehr um die Angelegenheit kümmerte.

28. IX. 28. Zeigt auch hier in W. Neigung, zu querulieren, beschwert sich, daß ein anderer Pat., der Schnitzereien für die Anstalt anfertigt, den Boden durch Holzspäne verunreinigt (die übrigens jedesmal sofort weggefegt werden). Tut sich damit wichtig, was er bei dem Pflegepersonal und den Kranken alles für Ungehörigkeiten beobachtet hat, von denen der Arzt nichts wisse. Erzählt von sich aus in seiner üblichen sehr weitschweifigen Weise einen Vorgang in den Anlagen des Kreuzberg. Traf dort nachts ein Paar in ver-

fänglicher Stellung, forderte empört über solche Frechheit die beiden auf, mit zur Polizeiwache zu kommen, was Anlaß zu einer Keilerei gab. K. pfiff dann mit einer Polizeipfeife, worauf die Polizei erschien und die Personalien der drei Personen feststellte. K. erklärt es für eine Gemeinheit, daß man in der Sache kein Strafverfahren eingeleitet habe. Die betr. Akten seien bei dem bewußten »famosen Kreisarzt« liegen geblieben, weil sich dieser in den Wahn verrannt habe, daß er, K., geisteskrank sei.

3. X. 28. Wurde eines Tages im Wartesaal eines Bahnhofs von einem unbekannten Mädchen, mit dem er ins Gespräch kam, um das Fahrgeld zur Rückreise nach X. in Höhe von 4,50 M. angeborgt, worin er jedoch nicht einwilligte. Die Angaben, die das Mädchen betreffs Sicherstellung der geforderten Summe für K. gemacht hatte, erwiesen sich bei Nachforschungen als Schwindel. K. zeigte darauf den Fall der Polizei an, ohne indessen den Namen der Schuldigen nennen zu können. Suchte auch eigenhändig nach dem Mädchen, wobei er sämtliche Wartsäle Berlins durchstreift haben will. Bei den Nachforschungen gab sein eigenmächtiges Vorgehen einmal Anlaß, daß er polizeilich sistiert wurde. — Auch hier in seinen Darstellungen sehr weitschweifig, verliert leicht den Faden.

4. X. 28. Gibt auf Vorbehalt zu, daß er das Gelände des Güterbahnhofs mehrmals betreten und sich mit den Wächtern unterhalten hat. Bestreitet (wie übrigens s. Z. auch vor Gericht), sich als Überwachungsbeamter oder Betriebskontrolleur ausgegeben zu haben. Gesteht zu, daß er einen Postausweis vorzeigt hat. Nach dem Grunde des Betretens des Bahngeländes gefragt, erklärt K., er habe Verdacht gehabt, daß sich unter einer alten Laderampe auf dem Bahnhof allerlei Gesindel eingenistet habe, und er habe dem nachspüren wollen. Berichtet dies alles unter Lachen. Er sehe jetzt ein, daß sein Unterfangen für ihn höchst gefährlich hätte werden können, wenn er sich nämlich auf einmal einem ganzen Haufen von Strolchen gegenüber befunden hätte. Sei eben damals sehr mutig gewesen. Gibt auf Vorhalt zu, daß er aus seiner Scheinpistole in Gegenwart der Wächter einige Schüsse abgefeuert hat. In ihrer Nähe hätten sie auf einmal einige Schüsse gehört, worauf er, K., zur Herbeiholung von Hilfe seinerseits geschossen habe.

6. X. 28. Die Intelligenz des K. erweist sich in allen ihren Teilen bei einer diesbezüglichen Prüfung als recht gut. K. gibt hierbei durchaus präzise Antworten.

9. X. 28. Körperliche Untersuchung o. B.

11. X. 28. Geht jetzt nicht mehr mit der Absicht um, sich von seiner Frau scheiden zu lassen. Lehnt es unter Lachen auf Vorhalt ab, noch weiterhin nächtliche Wanderungen vorzunehmen. Sei jetzt davon kuriert. Leistet sich dann neue Ausfälle gegen den von ihm viel geschmähten Kreisarzt, weil dieser, wie K. vermeint, die Niederschlagung des Verfahrens in der bewußten Sache am Kreuzberg veranlaßt hat. Läßt einen seiner Lage entsprechenden Ernst vermissen.

In meinem Gutachten vom 30. X. 28 erachtete ich den § 51 StGB. bei K. für vorliegend, weil sich der Täter zur Zeit der Tat in einem Anfall von manischem Irresein befand.

Weiterer Verlauf: K. ist häufig erregt, bekommt recht oft mit seinen Mitkranken Streit. Am 10. XI. 28 wird unter seinen Sachen eine zusammengerollte, in Streifen zerschnittene Anstaltsdecke gefunden, außerdem eine Sammlung von allerhand wertlosen Gegenständen wie alten Schlüsseln, ver-

rosteten Haken und dergl., die er gelegentlich seiner Ausgänge von dem Alteisenplatz im Anstaltshofe aufgesammelt hatte. Außerdem fand sich ein Küchenmesser unbekannter Herkunft und eine Schere, die K. der Schneiderwerkstatt seiner Krankenstation entwendet hatte.

Hierüber zur Rede gestellt, schlägt er einen sehr ausfallenden frechen Ton an, erklärt die den Anstaltsstempel tragende Decke für sein Privateigentum.

Bald danach nur einige Stunden anhaltende depressive Phase. An den folgenden Tagen ist aber K. wieder fast anhaltend erregt, hyperthymisch, gesprächig, in seinen Reden ideenflüchtig.

13. XI. 28. Muß zum Schutz vor den anderen gegen ihn über sein zänkisches Benehmen sehr aufgebrachten Kranken vorübergehend in einem Einzelraum untergebracht werden.

15. XI. 28. Zeitweise sehr laut, zornig erregt, unruhig.

17. XI. 28. Fängt in einem fort mit seinen Mitkranken Streit an. Onaniert nachts vor dem Bett eines anderen Kranken.

22. XI. 28. Muß seines Verhaltens wegen nach dem sogenannten festen Hause verlegt werden. Dort in der Folgezeit Besserung, Am 21. I. 29 als gebessert aus der Anstalt entlassen.

Katamnese (auf Grund der durch die hiesige Fürsorgerin von der Ehefrau eingezogene Angaben):

K. war in den ersten Wochen nach seiner Entlassung noch erregt. Ging viel von Hause fort, jedoch nicht in der Nacht. (Hat in dieser Zeit übrigens einmal an den Verf. der Arbeit telephoniert, sich dabei als seinen — in Wirklichkeit gar nicht vorhandenen — Bruder, einen Baurat K., ausgegeben und in unangemessenem Ton den ihm hier am 10. XI. 28 abgenommenen wertlosen Kram zurückverlangt). Nach weiterem Bericht seiner Frau in der Folgezeit depressiv. Fernerhin Besserung. K. verhält sich geordnet, ist freundlich zu Frau und Tochter, hilft im Haushalt, liest viel, zeichnet gelegentlich etwas, ist aber zu einer beruflichen Tätigkeit nicht befähigt. Keine Krankheitseinsicht. Glaubt, zu unrecht seinerzeit in der Anstalt untergebracht worden zu sein. Interessiert sich dafür, daß die Anstalt eine Fürsorgerin hat.

Auch nach Eindruck der Fürsorgerin geordnet, ruhig, angemessen in der Unterhaltung. Nur noch etwas nervöses Zucken der Augen und unruhige Handbewegungen, im übrigen etwas müde und lasch.

Bei K. wurde anfangs hier in den Wittenauer Heistätten, ehe seine Vorgeschichte bekannt war, auf seine wahnhaften Ideen hin die Diagnose Paranoia gestellt. Allein auf Grund der weiterhin von der Ehefrau des Kranken gemachten Angaben sowie nach der Krankheitsgeschichte der Psychiatrischen Klinik in Kiel stand es einwandfrei fest, daß es sich um einen Fall von manisch-depressivem Irresein handelte. Dieser Erkennung läuft nicht zuwider, wenn K. in der Kieler Klinik andeutungsweise katatone und hysterische Züge dargeboten hat, ebensowenig wie umgekehrt der Diagnose einer Schizophrenie das gelegentliche Vorkommen manischer und hysterischer Symptome entgegensteht.

Bei K. finden sich voneinander unabhängige Wahnvorstellungen verschiedener Art. Da besteht zunächst der zur realen Welt verscho-

bene Standpunkt, daß sich der Kranke ohne die erforderlichen kriminalistischen Kenntnisse, ohne die rechte Fähigkeit zur Beurteilung, ob tatsächliche Mißstände vorliegen, gewissermaßen berufen glaubt, den Trägern der Gerechtigkeit im Interesse der Gesellschaft zu helfen, und Verbrechen und Vergehen aufzudecken, die von den Behörden übersehen werden. Diese Vorstellung hat zweifellos ihren Grund in dem manisch gesteigerten Selbstgefühl. In dem den Manischen eigenen Betätigungsdrang findet K. eine Stütze, seine Gedanken in die Tat umzusetzen, was er ungeachtet von Gefahren, denen er sich dabei aussetzt, mit großer Energie betreibt. Er ist sogar soweit von seiner Idee befangen, daß ihm jede Einsicht fehlt, wenn er bei Verfolgung seines Zieles Handlungen begeht, die mit den Gesetzen nicht in Einklang stehen. Einen psychischen Mechanismus im Sinne von *Maiers* ([8]) katathymem Wahn wird man hier mangels eines affektbetonten Erlebnisses als Grundlage des Wahnes schwerlich annehmen können.

Außerdem leidet K. an Wahnvorstellungen im Sinne der Verfolgung mit Andeutung von Systembildung. Daß der Kreisarzt ihn zu Unrecht in Wittenau untergebracht hat, ist bei dem Mangel jeglicher Krankheitseinsicht des K. nicht als eigentliche Wahnidee zu betrachten. Derselbe Kreisarzt soll aber nach Meinung des Kranken auch bei seiner Unterbringung in der Kieler Klinik im Spiele sein. Um diese zu bewerkstelligen, glaubt K., er sei nur zum Schein zunächst in das Sanatorium S. aufgenommen worden, denn bei seiner Ankunft dort hat ihn der Hausdiener schon so eigenartig angesehen, und bei Tisch hat man ihm den Platz neben der Krankenschwester angewiesen. Der betreffende Kreisarzt soll weiter schuld daran sein, wenn auf eine strafbare Handlung hin, die K. aufgedeckt haben will, kein Verfahren eingeleitet worden ist. Nach *Specht* ist die Ursache für Beeinträchtigungs- und Verfolgungsvorstellungen in vorübergehenden depressiven Stimmungen zu suchen. Diese Vorstellungen sollen dann in das exaltative Stadium hinübergeschleppt werden. Im Falle K. könnte man indessen auch die wahnhaften Ideen dem Kreisarzt gegenüber aus einem blinden Haß erklären, der sich in den Kranken durch die vermeintlich zu Unrecht geschehene Anstaltsunterbringung eingefressen hat, wobei es sich dann um keinen eigentlichen depressiven Affekt handelte.

Ferner hat K. noch einige Wahnvorstellungen, die aber nur flüchtiger Art sind und nur im Stadium heftiger Exaltation in Erscheinung treten. Er bezichtigt dann die Angehörigen schwerer Verbrechen und fühlt sich von ihnen hintergangen und bedroht. Als paranoischer Schluß muß es ferner gelten, wenn der Kranke aus einer vielleicht etwas spitz getanen, aber inhaltlich harmlosen Äußerung seiner Tochter zu entnehmen glaubt, man betreibe seine Ent-

mündigung, mag auch eine solche Befürchtung an sich bei der Lage des K. nicht unsinnig sein.

K. erinnert in gewisser Weise an die sogenannten Pseudoquerulanten, für die *Kraepelin* in der letzten zu seinen Lebzeiten erschienenen Auflage seines Lehrbuchs die Bezeichnung Streitsüchtige unter den psychopathischen Persönlichkeiten für besser erachtet. Man hat es hierbei mit Personen zu tun, deren psychische Abnormität nicht einem bestimmten auslösenden Anlaß zur Last zu legen ist, sondern deren Queruliersucht durch die verschiedensten belanglosen Vorkommnisse erweckt wird, Menschen, die nicht nur jedes beliebige ihnen selbst, sondern auch ihren Mitmenschen oder oder der Gesellschaft widerfahrene vermeintliche Unrecht mit Leidenschaft und Haß verfolgen, geradezu eine besondere Lust am Denunzieren empfinden und daher fortgesetzt zu Zank und Streit Anlaß geben.

Auch außerhalb seiner eigens zu Schnüffelzwecken veranstalteten Wanderungen zeigt K. Neigung, zu querulieren. Wegen eines Paares Schuhe, die ein Händler nicht umtauschen will, versucht der Kranke, der sich übrigens in dem Falle zweifellos im Unrecht befindet, Polizei und Bürgermeister in Bewegung zu setzen, und auch hier in der Anstalt will er alle möglichen Ungehörigkeiten entdeckt haben.

Der Fall K. bestätigt die bereits vielfach von anderen Seiten gemachte Beobachtung, daß bei manisch-depressivem Irresein durch Wahnvorstellungen unter Umständen das Krankheitsbild gewissen Phasen der Paranoia recht ähneln kann, was freilich nicht gegen die Annahme einer selbständig bestehenden Paranoia im Sinne *Kraepelins* spricht.

Literatur.

1. *Westphal*, Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie 34. Bd. 1878. S. 254.
2. *Moeli*, Dieselbe Zeitschr. 51. Bd. 1895. S. 198.
3. *Margulies*, Die primäre Bedeutung der Affekte im ersten Stadium der Paranoia. Monatschr. f. Psych. Bd. X. 1901. S. 265.
4. *Specht*, Chronische Manie und Paranoia. Gaupp'sches Zentralbl. N. F. 16. Bd. 1905. S. 590.
5. *Specht*, Über die Kardinalfrage der Paranoia, ebendort, 19. Bd. 1908. S. 817.
6. *Ewald*, Paranoia und man.-depress. Irresein, Alzheimer'sche Zeitschr. Bd. 49. 1919. S. 270.
7. *Derselbe*, Das manische Element in der Paranoia. Arch. f. Psych. 75. Bd. 1925. S. 665.
8. *Maier*, Über katathyme Wahnbildung und Paranoia. Alzheimer'sche Zeitschr. Bd. 13. 1912. S. 555.

Zum Schlusse spreche ich dem Direktor der Wittenauer Heilstätten, Herrn San. Rat Dr. *Bratz*, und dem Direktor der Psychiatr. und Nervenklinik in Kiel, Herrn Professor Dr. *Stertz*, für gütige Überlassung des Materials meinen besten Dank aus.

Weitere Versuche mit Saprovitan-Behandlung bei Schizophrenie.

Von

Dr. Gustav Blume, Oberarzt.

Meine Versuche, die jugendliche, akute, agitiert-katatone Schizophrenie mit Hilfe des Saprovitans einer Heilfieberbehandlung zu unterziehen, habe ich seit meiner letzten einschlägigen Veröffentlichung [1]) fortgesetzt und möchte hier in aller Kürze darüber berichten. Es sind 14 Fälle, die seitdem behandelt worden sind, mit den 26 jener ersten Arbeit zusammen also 40. Die Behandlung wurde wiederum mit Neosaprovitan B, dem Präparat des Sächsischen Serumwerkes-Dresden, ohne Verwendung anderer Mittel durchgeführt, und zwar im allgemeinen eine Kur von 10 Einspritzungen, einige Male auch zwei oder sogar drei Kuren. Der Fieberanstieg trat prompt ein, seine Höhe wechselte etwa zwischen 38° und 40°. Nachteilige Folgen traten nicht auf.

Ich gebe zunächst kurze Krankheitsgeschichtsauszüge der behandelten Fälle:

1. F. B. Arbeiterin. Geb. 22. 1. 01. Aufgenommen 10. 9. 28.

Über Familie, Kindheit, Jugendentwicklung ist nichts Besonderes bekannt. Auf der Schule bis zur 2. Kl. Später Verkäuferin und Arbeiterin.

Vor vier Jahren hatte sie einen »Nervenzusammenbruch«, blieb zu Hause, bekam vom Arzt Opium. Dauer ein Vierteljahr, hat dann wieder gearbeitet.

Jetzige Erkrankung: Sommer 28 fühlte sie sich nicht wohl, ließ sich deshalb von der Landesversicherung nach den Nervenheilstätten Beelitz verschicken. Dort erkrankte sie Anfang Sept. 1928 plötzlich an Verwirrtheit, Erregung, Sinnestäuschungen, wurde deshalb in die Wittenauer Heilstätten verlegt.

In der Anstalt zerstreut, verwirrt, widerstrebend, schwatzt zusammenhanglos: »Ich bin die Schwarze, ich bin eine Hexe«, läuft nachts umher, hat plötzliche, heftige Erregungszustände.

20. 11.—4. 12. 28 Neosaprovitankur.

Pat. wird nach der 6. Spritze erheblich besser, verhält sich angemessen, fragt nach der Bezeichnung für ihre Kur. Der Zustand bessert sich weiter rasch, Pat. wird völlig frei, vernünftig, krankheitseinsichtig. Die Kur wird deshalb nach der 8. Spritze abgebrochen.

20. 12. 28 Pat. wird als »genesen «(++) entlassen.

Nach einer Mitteilung der Beiratsstelle für Nerven- und Gemütskranke vom 1. 3. 29 hat der gute Zustand angehalten; sie machte bei der Untersuchung einen durchaus geordneten Eindruck, hatte gute Krankheitseinsicht und fühlte sich subjektiv wieder ganz gesund; sie wurde für arbeitsfähig erklärt.« Die Besserung, die sich bis zur »Genesung« (++) weiter entwickelte, trat hier bereits während des Schlußabschnittes der Behandlung ein.

2. I. F. Näherin. Geb. 21. 2. 06. Aufgenommen 18. 9. 28.

---

[1]) *G. Blume*, Archiv f. Psych. 1929 Bd. 86, H. 5.

Familie: o. B.

Kindheits- und Jugendentwicklung o. B. Auf der Schule normal. Heiter und vergnügt.

Nach der Schule Näherin, wohnte zu Hause, hat regelmäßig gearbeitet, auf der letzten Stelle 3½ Jahr.

Menses normal, zuletzt kurz vor der Erkrankung.

Erkrankung: Etwa eine Woche vor der Aufnahme hörte sie ohne vernünftigen Grund auf zu arbeiten, wurde erregt und verwirrt, konnte nachts nicht schlafen, hörte Stimmen, »die Polizei will mich holen«, »jetzt kommen sie!«

In der Anstalt: Teils gehemmt, teils gesteigert willfährig, zeitweise Zustände schwerster ängstlicher Verstörtheit, hockt stöhnend im Bett, hält sich die Ohren zu. »Ich höre so viel«.

20. 11.—9. 12. 28 Neosaprovitankur.

Im Anschluß daran schnelle Besserung; Pat. steht bereits am 12. 12. 28 versuchsweise auf, kann am 18. 12. 28 zu den Eltern beurlaubt werden.

Stellt sich Anfang Februar 1929 in der Anstalt vor; ist in ausgezeichnetem Gesundheitszustand, völlig klar und angemessen. Gilt als »genesen« (++) entlassen.

Besserung und Genesung unmittelbar im Anschluß an die Kur.

3. K. S. Näherin. Geb. 31. 5. 01. Aufgen. 3. 10. 28.

Familie: o. B.

In der Kindheit Veitstanz, auf der Schule mangelhaft.

21. 9. 28 normale Entbindung im Virchowkrankenhaus.

Seitdem 25. 9. 28 verwirrt, zunehmende Erregung, sucht fortzulaufen, schreit, schlägt um sich.

In der Anstalt: Teils läppisch-zerfahren, teils schwer erregt, verworren. Ganz unansprechbar.

20. 11.—11. 12. 28 Neosaprovitankur.

Der Zustand bleibt unverändert, teils still-verworren, teils läppisch-erregt, faselig.

4. G. G. Büffetfräulein. Geb. 13. 1. 05. Aufgen. 6. 10. 28.

Familie, Kindheit, Jugendentwicklung: o. B. Auf der Volksschule gut.

Immer sehr »nervös«, jähzornig. Mit 18 Jahren Entbindung, Bruch mit den Eltern, lebt mit ihrem Bräutigam zusammen.

Erkrankung: Wenige Tage vor der Aufnahme. Schlief schon einige Nächte vorher schlecht, fing an, wirres Zeug zu reden, fuhr stundenlang mit dem Auto planlos in der Stadt umher — wie sie selbst später sagte, »unter einem inneren Zwange« — landete schließlich auf der Polizei.

In der Anstalt: Starr, unzugänglich, zerstreut, antwortet nicht. Zuweilen heftige Erregungen, Weinen, Schwatzen, Nahrungsablehnung.

20. 11.—9. 12. 28. 1. Saprovitankur. Keine Besserung.

5. 2.—20. 2. 29. 2. Neosaprovitankur.

Sie wird nach der 8. Spritze abgebrochen, da sich bei der Pat. schleimiger Durchfall einstellt. Der Ruhrverdacht bestätigt sich bakteriologisch nicht.

Von der 2. Hälfte April 1929 ab fortschreitende Besserung, Pat. wird völlig klar und krankheitseinsichtig, so daß sie am 4. 6. 29 als »genesen« (++) entlassen werden kann.

Eintritt der günstigen Wendung etwa sieben Wochen nach der wegen Darmkatarrhs mit der 8. Einspritzung abgebrochenen 2. Kur.

5. L. Sch. Haustochter. Geb. 18. 9. 09. Aufgen. 26. 10. 28.

Familie: o. B.

Auf der Schule gut, später Verkäuferin und Haustochter. Mußte hart arbeiten. Im Wesen immer still und für sich.

Sommer und Herbst 1928 in Helgoland in Stellung. Erkrankte Ende Oktober 1928 an »Erkältung«. Auf Veranlassung der Mutter kam sie nach Hause, redete schon bei der Ankunft verworren, war sehr aufgeregt, fand nirgends Ruhe; der Arzt ordnete schließlich die Überführung in die Anstalt an. Menses regelmäßig, zuletzt bei ihrer Rückkehr aus Helgoland.

In der Anstalt: Ausgeprägt läppisch-hebephren. Faselt in dreister Berliner Tonart, geht auf keine Frage ein; zuweilen heftigste Erregungen mit Gewalttätigkeit.

12. 11.—30. 11. 28. 1. Neosaprovitankur.
12. 12.—27. 12. 28. 2. Neosaprovitankur.
5. 2.—25. 2. 29. 3. Neosaprovitankur.

Nachdem bereits Ende Januar 1929 eine vorübergehende Aufhellung eingetreten war, setzte nach Abschluß der 3. Kur eine fortschreitende Besserung ein; Pat. wurde frei, bescheiden, nett, fleißig, völlig umgewandelt im Vergleich zu ihrem überaus albernen, dreisten und burschikosen Verhalten während der Krankheit. Interessant ist, daß die Gewichtszunahme bereits Anfang Januar 1929, kurz nach der 2. Kur einsetzte und auch durch die 3. Kur im Februar nicht unterbrochen wurde. Pat. wurde am 14. 3. 29 als »genesen« (++) entlassen.

6. M. Sch. Hausangestellte. Geb. 7. 7. 03. Aufgen. 5. 11. 28.

Familie, Kindheit, Jugendentwicklung o. B. Mit 15 Jahren litt sie an »starkem Hals«. Im Wesen leicht reizbar, ängstlich, dabei sehr fromm.

Erkrankung: Anfang Oktober 1928. Patient wurde ängstlich, unruhig schrie auf, besonders nachts, verspürte Leichengeruch, glaubte sterben zu müssen, sah »drei Seelen«.

In der Anstalt schwerstes katatones Zustandsbild, Wechsel zwischen Hemmung, Starrheit, Negativismus und urplötzlich auftretenden, höchst gefährlichen Anfällen heftigster, raubtierhafter Gewalttätigkeit.

12. 10.—2. 11. 28
20. 11.—2. 12. 28 Neosaprovitankur.

Der Zustand bleibt zunächst unverändert. Von der Mitte April 1929 eine fortschreitende Gewichtszunahme ein, zunächst ohne Besserung des seelischen Zustandes. Diese stellt sich überraschenderweise von Mitte Juli ebenfalls ein: Pat. wird zugänglich, frei, liest, bittet aufstehen zu dürfen.

Eintritt der Besserung also etwa ½ Jahr nach Abschluß der 2. Kur.

7. E. T. Stütze. Geb. 20. 5. 07. Aufgenommen 15. 11. 28.

Starke erbliche Belastung von Vater und Mutter.

Frühere Entwicklung ohne Störung, auf der Schule nicht besonders, im Wesen immer kurz angebunden und schwer lenkbar, aber sehr ordentlich. War lange Zeit auf derselben Stelle, hatte sehr gute Zeugnisse.

Beginn der seelischen Veränderung etwa Mai/Juni 1928: Wurde ablehnend, löste ihre Verlobung auf, verließ das elterliche Haus, kam nach Berlin, hatte hier im Lauf des nächsten halben Jahres drei bis vier Stellungen.

Akuter Ausbruch der seelischen Erkrankung ganz plötzlich mit Verwirrtheit, Erregung, Selbstmordabsichten.

In der Anstalt das typische Bild katatonischer Starre und Absperrung.

Antwortet nicht, grinst, ist schmutzig mit Stuhl und Urin, zieht sich nackt aus, drängt aus dem Bett, muß gefüttert werden.

Neosaprovitankuren:

1. 26. 11.—17. 12. 28 11 Spritzen
2. 30. 12. 28—6. 1. 29 4 Spritzen
3. 5. 2.—25. 2. 29 9 Spritzen.

Nach der dritten Kur zunächst Zustand leerer Ruhe ohne Schlafmittel — sehr häufig nach Saprovitankuren — sodann von Mitte April an fortschreitende Besserung. Gewichtszunahme seit dem Abschluß der dritten Kur. Bei der Entlassung in ausgezeichneter Remission.

11. 6. 29 vom Anfall geheilt (++) entlassen.

8. M. M. Ehefrau. Geb. 30. 4. 07. Aufgen. 12. 12. 28.

Familie, Vorgeschichte: o. B.

Seit drei Jahren verheiratet, zwei Kinder.

Letzte Entbindung 26. 11. 28. Aus der Entbindungsanstalt am 7. 12. 28 entlassen.

Seit dem 10. 12. 28 verändert. Vernachlässigte die Wirtschaft, kümmerte sich nicht um das Kind, »das gehöre ihr nicht«, redete auch sonst wirres Zeug.

12. 12. 28. Aufnahme.

Verworrene Erregung, mit Schimpfen und pathetischem Schwatzen, »ich bin Kaiserin, mein Mann ist der Kaiser« u. dgl.

Vom 22. 12. 28—11. 1. 29 wegen abszedierender Mastitis im Krankenhaus. Dort wechselnder Zustand, teils ruhig, teils erregt und verwirrt. Seit der Rückkehr in die Anstalt dasselbe Krankheitsbild: Meist erregt, verschroben, läppisch, ab und zu etwas klarer, sachlich unzugänglich.

23. 4. 29—13. 5. 29 Neosaprovitankur.

Pat. ist zur Zeit ruhiger, aber noch unfrei.

9. E. H. Telegraphistin. Geb. 23. 10. 92. Aufgen. 5. 1. 29.

Familie: o. B.

Kindheitsentwicklung ohne Störung, hat gut gelernt, Fortbildungsschule, später im Bureau tätig. Im Wesen immer sehr pflichttreu, ordentlich, lieb.

Wurde mit 26 Jahren Telegraphistin, hat regelmäßig gearbeitet; sehr anstrengender Dienst.

Vorboten: Im Frühjahr 1928 klagte sie über ihre »Nerven«, der Kopf sei ihr so hohl, sie vergesse so leicht.

Erkrankung: Juni 1928 mit Verfolgungsvorstellungen, Angstzuständen, Stimmenhören, heftigen Erregungszuständen. War vom Sommer bis Dezember 1928 wiederholt in Anstalten, die Eltern nahmen sie wieder nach Hause, es ging aber zu Hause nicht.

In der Anstalt: Ausgeprägt schizophren verschrobenes Verhalten, ganz ablehnend, läppisch gereizt, ohne vernünftige und einfühlbare Stellung zu ihrer Lage. Beklagt sich über den elektrischen Starkstrom unter dem Bett.

6. 3. 29—27. 3. 29 Neosaprovitankur.

Zustand unverändert, zerfahren, verdreht, ablehnend.

10. H. E. Ehefrau. Geb. 2. 6. 08. Aufgen. 10. 1. 29.

Familie und Vorgeschichte: nichts Besonderes bekannt:

Entbindung 12. 12. 28. Vier Wochen vorher Nierenbeckenentzündung. Entbindung und Wochenbett ganz normal. War schon wieder zu Hause, besorgte die Wirtschaft.

Erkrankung: 27. 12. 28. Abends plötzliche Verwirrtheit, Lachen, sinnloses Reden. Seitdem verwirrt, schwer erregt.

In der Anstalt ganz verworren, ratlos, macht beschwörende Gesten, faselt vor sich hin, ist ganz unzugänglich.

8. 3. 29—25. 3. 29 Neosaprovitankur.

Der Zustand bleibt unverändert, zur Zeit ist sie ganz stumpf und teilnahmslos, zuweilen unsauber mit Stuhl und Urin.

11. M. D. Küchenmädchen. 29 Jahre. Aufgen. 28. 2. 29.

Siebenmonatskind. Hat gut gelernt. Später Verkäuferin, 5½ Jahre auf derselben Stelle. Über die Familie ist nichts bekannt. War zuletzt etwa ¼ Jahr im Küchenbetrieb einer bekannten Berliner Weinstube.

Erkrankung: Ganz plötzlich am 26. 2 blieb sie im Bett liegen, sprach nicht, streckte die Arme in die Luft, machte naß. War noch wenige Tage vorher bei ihrer Schwester zu Besuch, war lustig, sang, es war nichts Krankhaftes an ihr zu merken.

In der Anstalt starr, abgesperrt, widerstrebend, läßt sich kaum füttern, antwortet nicht.

23. 4.—13. 5. 29 Neosaprovitankur.

Anfang Juni 1929 tritt eine Aufhellung ein, Pat. ist zunächst noch »veränderlich wie Aprilwetter« (Krankheitsgeschichtseintrag), bald ruhig und zugänglich, bald wieder ablehnend und starr, die Besserung schreitet aber rasch vorwärts, Pat. wird frisch, völlig frei, erholt sich auch körperlich glänzend, nimmt in 14 Tagen 10 Pfund zu.

15. 6. 29: Wird als »genesen« (++) entlassen.

Eintritt der Besserung etwa zwei bis drei Wochen nach Abschluß der Kur.

12. G. B. Geb. 8. 1. 08. Hausgehilfin. Aufgen. 1. 3. 29.

Familie o. B. Auf der Volksschule gut. Später Putzmacherin und Dienstmädchen.

Wird aus ihrer Dienststellung eingeliefert wegen plötzlicher Seelenstörung mit Selbstmordversuch. Verworrenes, ängstliches, zerfahrenes Verhalten, unklare Wendungen »es spricht immer so«, »mir war so, als wenn ich zwei Rollen in einer Person spielte«. Offenbar ausgeprägtes Gefühl der Umweltveränderung. Das gehe so seit vier Wochen, vielleicht aber auch schon länger.

21. 4. 29: wird gegen ärztlichen Rat herausgenommen, aber noch an demselben Abend zurückgebracht, ist ganz gehemmt und verstört, ganz unzweifelhaft schizophrenes Zustandsbild.

23. 4.—13. 5. 29 Neosaprovitankur.

12. 7. 29: Jetzt ganz geordnet; wenn auch noch etwas still. Arbeitet fleißig auf der Station, gibt in verständiger Weise an, daß sie sich wieder ganz gesund fühle. Sie sei hierhergekommen, weil sie »von innen heraus Stimmen gehört habe«.

Wird demnächst entlassen.

Eintritt der Besserung: Etwa 1½ Monate nach Kurabschluß.

13. M. St. Ehefrau. Geb. 18. 4. 00. Aufgen. 29. 4. 29.

Familie o. B. Kindheit: Lief ab und zu stundenweise fort, schwänzte die Schule, sonst o. B. Im Wesen eingenwillig, verschlossen.

1919 Heirat, glückliche Ehe, keine Schwangerschaften.

Hat sich schriftstellerisch mit Erfolg betätigt.

Erkrankung: Drei bis vier Wochen vor der Aufnahme, sonderbares,



auffälliges Verhalten, wurde erregt und verwirrt, sang überlaut, sah im Tapetenmuster Gestalten, hörte rufen.

In der Anstalt völlig verschrobenes, ablehnendes, ausgeprägt schizophrenes Wesen, steife Bewegungen, Redewendungen wie »ich bin die Mitte, das Werkzeug für die stille Mitte«.

3. 5.—15. 7. 29 Neosaprovitankur, 14 Einspritzungen.

Etwa drei Wochen nach Abschluß der Kur besserte sich der Zustand. Pat. ist zur Zeit äußerlich geordnet und klar, antwortet sachlich, in gewandter und fließender Redeweise, steht aber noch, wie sie mit guter Selbstbeobachtung schildert, unter dem Einfluß halluzinatorischer Erlebnisse und Beziehungsvorstellungen.

14. A. B. Ehefrau. Geb. 7. 11. 95. Aufgen. 31. 5. 29.

Familie: Ein Bruder Selbstmord.

Kindheit und Jugend o. B. Stets sehr empfindsam und verschlossen, höchst menschenscheu.

1926: Heirat. Keine Kinder.

Seit Jahren Klagen über heftige Kopfschmerzen.

Erkrankung: Vier Tage vor der Aufnahme wirres Reden, sie und ihre Verwandten würden von der Kriminalpolizei beobachtet u. dgl.

In der Anstalt: Gespreiztes, bizarres Wesen, schreit laut, redet verworren von Stimmen und Gift im Essen.

8. 6.—29. 7. 29 Neosaprovitankur.

Pat. ist zur Zeit völlig katatonisch, starr und stumm.

Eine Übersicht des Behandlungsergebnisses zeigt folgendes:

1. Als »genesen« (++), d. h. als völlig frei, natürlich, arbeitsfähig sind zu bezeichnen die Kranken 1, 2, 4, 5, 7, 11.

2. Als »gebessert« (+) sind anzusprechen Nr. 6, 12 (erheblich), 13.

3. Völlig unbeeinflußt und ungeheilt sind bisher Nr. 3, 8, 9, 10, 14. Bemerkenswert scheint mir zu sein, daß unter diesen Ungeheilten drei Fälle sind, die im unmittelbaren Anschluß an eine Entbindung als akute Wochenbettpsychose erkrankten und erst allmählich als chronisch-schizophrener Krankheitsvorgang erkennbar wurden.

Von 14 Kranken sind danach als günstig beeinflußt 9, als unbeeinflußt 5 zu bezeichnen, d. h. im Hundertsatz: rund 64% ++ oder +, rund 36%. —

Rechnet man den Fall 6 wegen des langen Zeitraumes zwischen Behandlung und Besserungseintritt und wegen des noch unsicheren Zustandsbildes zu den unbeeinflußten Fällen, so ergibt sich:

Plus-Fälle: 8 von 14 = rund 57%. Minus-Fälle: 6 von 14 = rund 43%.

Das wäre fast genau das Prozentverhältnis, das sich bei der ersten Untersuchungsreihe von 26 Fällen ergab. Selbstverständlich sind derartige statistische Prozentberechnungen mit größter Vorsicht aufzunehmen. Ich möchte deshalb nur mit aller Zurückhaltung feststellen, daß bei 40 weiblichen jugendlichen Kranken mit akuter Schizophrenie nach Fieberbehandlung mit Saprovitan in etwa 60% eine günstige Wendung mit häufig völliger Wiederherstellung und

Arbeitsfähigkeit zu verzeichnen war. Auch bei der bekanntlich ziemlich günstigen Voraussage dieser Fälle scheint mir das doch mehr zu sein, als man an Selbstheilungen oder -besserungen erwarten kann.

Metaluesbehandlung mit Malaria quartana.

Von
Dr. F. O. Schulze, Oberarzt.

Seit Einführung der Impfmalaria in die Therapie der Metalues, vorzugsweise der progressiven Paralyse, sind von den verschiedensten Seiten immer wieder Fieber erzeugende Mittel, teils chemischen, teils bakteriellen Ursprungs, empfohlen worden, die ebenso gute therapeutische Erfolge erzeugen und weniger gefährlich für den Kranken sein sollten, wie die Impfmalaria. Keines dieser Mittel ist bisher imstande gewesen, die Impfmalaria aus dem therapeutischen Schatz des Psychiaters und Neurologen zu verdrängen. Wir haben ebenfalls solche Mittel versucht, aber keins hat uns so befriedigen können, wie die Impfmalaria.

Wer sich genügend mit den vitalen Verhältnissen der Protozoen vertraut gemacht hat, immer wieder das Blut unter dem Mikroskop kontrolliert, rechtzeitig durch eine kleine Dosis Chinin den etwa stürmischen Verlauf der Malariainfektion »bremst«, den Blutdruck täglich prüft usw., für den hat die Impfmalaria an Gefährlichkeit bedeutend verloren. Das geht ja auch deutlich aus der stetig sinkenden Mortalitätsziffer der Anstalten und Kliniken hervor, die die obigen Gesichtspunkte beachten.

Als Gegenindikation ist immer die Tuberkulose und der Diabetes mellitus zu betrachten. Als bedrohliche Zwischenfälle nach der Impfung sind paralytische Anfälle anzusehen. Mit anscheinend gutem Erfolg wenden wir bei diesen Anfallsparalysen Luminal (0,05) an, das wir auch regelmäßig prophylaktisch geben, wo solche Anfälle in der Anamnese sich finden.

Wenn von Impfmalaria schlechthin gesprochen wird, versteht man gewöhnlich die Impfung mit Malaria tertiana, die sehr chininempfindlich ist, so daß Redizive nach genügender Chinindarreichung kaum beobachtet werden. Wenn bei den sogenannten defektgeheilten Paralysen oder bei rückfälliger Erkrankung die Kur wiederholt werden soll, so scheitert dieser Versuch mit Malaria tertiana gewöhnlich daran, daß der Kranke infolge der gegen Tertania erworbenen Immunität nach wenigen Fieberanfällen spontan entfiebert oder auch gar kein Fieber bekommt. In solchen Fällen haben

wir häufig unsere Zuflucht zur Infektion mit Rekurrens genommen. Die von uns verwandten Rekurrensstämme haben uns aber infolge ihrer geringen Pathogenität für den Menschen (trotz Mäuse-Passagen) nicht befriedigt.

Wir verwenden daher seit Anfang November 1927 neben unserem Tertiana-Stamm (Stamm »M«), der im Mai 1922 angelegt wurde, einen Quartana-Stamm, den wir der Liebenswürdigkeit von Prof. Claus Schilling (Institut »Robert Koch«) verdanken. Der Stamm wurde von einem Kollegen gewonnen, der ein Quartana-Rezidiv von einer Expedition nach Persien mitbrachte. Dieser Stamm hat sich immer als reine Quartana verimpfen lassen und wird von uns als »D. IV« bezeichnet.

Im ganzen haben wir seither 130 Kranke mit »D. IV« geimpft. Gewöhnlich fiebern die Geimpften im reinen Quartana-Typus, so daß auf einen Paroxysmus immer zwei fieberfreie Tage folgen. Dadurch wird zwar die Behandlungsdauer verlängert, dieser Nachteil wird aber dadurch aufgehoben, daß der Organismus in dem relativ langen fieberfreien Intervall sich erholen kann. Wir verwenden daher »D. IV« nicht nur zur Wiederimpfung, da keine Immunität gegen »M« besteht, sondern auch bei älteren Paralytikern, bei denen »M«, zumal bei quotidianem Fieberverlauf, häufig zu erheblicher Senkung des Blutdrucks führt, so daß selbst stark wirkende Cardiaca versagen können. »D. IV« hat gegenüber »M« weiterhin den Vorteil, daß prozentual weniger rote Blutkörperchen bei der Teilung der Plasmodien befallen werden. Eine »Überschwemmung« des Blutes mit Erregern ist also weniger zu befürchten. Ferner kommt für die Anstalten, die nur geringen Zugang an Paralytikern haben, hinzu, daß man bei »D. IV« mit 10—12 Passagen im Jahr auskommen kann, während bei »M« bis zu 30 Passagen für dieselbe Zeit zur Erhaltung des Stammes notwendig sind.

Die Impfung mit »D. IV« erfolgt gewöhnlich durch intravenöse Injektion von 2 ccm Spenderblut. Die Inkubation ist bei dieser Art der Übertragung meist länger als bei »M«, gewöhnlich beträgt sie 2—3 Wochen. Wir haben aber auch schon Inkubationszeiten bis zu 5 Wochen beobachtet. Das bei »M« häufig auftretende unregelmäßige Anfangsfieber fehlt gewöhnlich bei »D. IV«. Die Fieberzacken sind anfangs nicht sehr hoch und steigen dann jeden 3. Tag, bis sie dieselbe Höhe (40° und darüber), wie bei Impfung mit »M«, erreichen. Der Fieberanfall bei »D. IV« selbst ist dem bei »M« sehr ähnlich, jedoch fehlen in der Regel die unangenehemen Begleiterscheinungen von seiten des Herzens, Magen-Darmtraktus usw. Daß der Fieberverlauf bei »D. IV« milder als bei »M« ist, zeigen auch die Geimpften, bei denen es infolge intermittierender Parasitengenerationen zu einer Quartana duplicata oder gar zu einer Quartana triplicata kommt.

Bei der Koupierung des Quartana-Fiebers ist zu beachten, daß die Quartana, wenigstens trifft dies bei »D. IV« zu, gegen Chinin nicht ganz so empfindlich ist wie die Tertiana. Es muß also eine größere Gesamtmenge von Chinin gegeben werden. Unter Beachtung dieses Umstandes konnten in unserer Anstalt Quartana-Rezidive vermieden werden. Will man »D. IV« wegen Komplikationen (Ikterus usw.) nur vorübergehend unterbrechen, so muß mindestens 0,2 Chinin gegeben werden, während wir bei »M« mit der Hälfte gewöhnlich auskommen. Nach einer Pause von 1—2 Wochen setzen dann die Paroxysmen wieder ein.

Die Beurteilung unserer Behandlungsergebnisse mit »D. IV« kann zur Zeit noch nicht durch Prozente ausgedrückt werden, da noch nicht genügend Zeit seit Einführung der Behandlung mit »D. IV« verflossen ist. *Kirschbaum*, der bereits über eine siebenjährige Behandlungszeit mit Malaria quartana verfügt, sagt in seiner Arbeit, daß seine Ergebnisse nicht hinter denen der Tertiana-Therapie zurückstehen. Unsere Ergebnisse scheinen schätzungsweise ähnliche zu sein. Die Beurteilung unserer Fälle soll einer späteren Arbeit vorbehalten bleiben, die gleichzeitig an großem Material zeigen soll, ob eine anschließende Behandlung mit Neosalvarsan bzw. Bismogenol und Jodkalium bessere Ergebnisse bietet, als die Malariatherapie ohne nachträgliche antiluetische Behandlung. Die Wiener Schule tritt nach der Arbeit von *Dattner* für eine energische Nachbehandlung bis zur Sanierung des Liquors ein.

Unsere Hauptforderung muß jedoch immer bleiben, daß die Paralytiker so frühzeitig, wie möglich, zur Behandlung geschickt werden. Als Ideal ist anzustreben, daß durch häufigere Anwendung der Lumbal- bzw. Cysternen-Punktion die Praeparalytiker für die Malaria-Therapie erfaßt werden.

Die ärztlichen Aufgaben des Abstinenzsanatoriums.

Von

Dr. **Max Margulies**, Oberarzt.

In der Trinkerfürsorge ist die Mitwirkung einsichtiger und umsichtiger Laien unerläßlich. Ermittlung des Tatbestandes der Trunksucht, des Grades der sozialen Zerrüttung, die Einwirkung auf den Trinker und auf seine Familie; das alles sind Dinge, welche nicht in das engere Gebiet ärztlicher Tätigkeit fallen. Kenntnis der Materie und opferfreudiger Idealismus findet sich bei Personen aller Volksschichten und wird entsprechend ausgenutzt. Eine große Rolle spielt die Tätigkeit von Leuten, welchen man auch sonst Einfluß

einzuräumen gewohnt ist. Bekannt ist die Tätigkeit von Geistlichen aller Konfessionen, von Beamten, welche mit der allgemeinen Wohlfahrtspflege zu tun haben, schließlich von Persönlichkeiten, welche in den Gewerkschaften führende Rollen spielen.

Das führt in manchen Kreisen dazu, die ärztliche Tätigkeit in der Trinkerfürsorge nicht übermäßig hoch einzuschätzen. Für manche ist der Arzt autoritative Staffage. Er soll die notwendigen Unterschriften leisten, er soll durch seine Gegenwart und das Vorhandensein seiner Instrumente einen je nachdem wohltuenden oder schreckhaften Eindruck hervorrufen, ja, es ist kürzlich bei einem Lehrgang für Trinkerfürsorge von einem allerdings ausländischen Fürsorger halb scherz-, halb ernsthaft die Äußerung gefallen: die Ärzte müßte man vor allem bitten, das, was der Fürsorger mühevoll erreicht habe, nach Möglichkeit nicht zu stören.

Auch in der Trinkerheilstätte ist der Arzt zwar unentbehrlich für körperliche Erkrankungen der Insassen. Er muß herangezogen werden, wenn hypnotische Kuren in Frage kommen. Aber es erscheint keineswegs dringend erforderlich, daß die Leitung der Heilstätte unbedingt in ärztlichen Händen liegt. Hierzu ist eine Persönlichkeit, die die Gabe hat, mit ihren anvertrauten Pfleglingen umzugehen, die persönliches lebhaftes Interesse für den Einzelfall und in der Alkoholfrage ausreichende Kenntnisse besitzt, erforderlich, ohne daß die Art der Vorbildung ausschlaggebend wäre. In dem nichtärztlichen Leiter einer bekannten Heilstätte, welcher sich auf die Bahn setzt, sobald er von dem Rückfall eines Pfleglings erfährt, und diesen persönlich in seine Anstalt zurückholt, ist das Ideal verwirklicht.

Das Abstinenzsanatorium als Glied in dem Verbande einer psychiatrischen Anstalt nach den Prinzipien des sogenannten »Wittenauer Systems« ist selbstverständlich eine ausgesprochen ärztliche Einrichtung. Es besteht danach eine Verpflichtung, über das Maß der offenen Trinkerheilstätten hinaus ärztliche Aufgaben zu schaffen und zu erfüllen.

Da wir im Abstinenzsanatorium auch Rauschgiftsüchtige anderer Art in großer Anzahl haben — die Zahl der Morphinisten ist eine nicht unerhebliche — sind für diese Fälle die unmittelbaren ärztlichen Eingriffe ohne weiteres gegeben. Die Milderung der Abstinenzerscheinungen und die erzieherische Arbeit mit Verwertung hypnotischer und analytischer Heilverfahren, die Aufklärung des Personals über den Charakter dieser Kranken u. v. a. ergibt sich von selbst.

Es ist nun vielleicht ein Weg, unter Ausnutzung der Kenntnisse und Erfahrungen, welche wir bei Rauschgiftsüchtigen erworben haben, auch sinngemäß die wirksame Bekämpfung der Trunksucht in Angriff zu nehmen. Eine Auslese unter den Trinkern nach psycho-

pathologischen Gesichtspunkten gibt uns zunächst einmal Mittel an die Hand, die Prognose am Einzelfall mit größterer Sicherheit zu stellen. Es wird sich dabei um eingehende Charakteranalysen handeln, welche unter Zuhilfenahme analytischer und phänomenologischer Methoden, auch der Ausdrucksdeutung (graphologischer Hilfsmittel) zustande kommen.

Diese Arbeit ist im Einzelfall sehr mühevoll und muß, wenn sie fruchtbringend sein soll, auf schematische Vereinheitlichung verzichten. Wir wissen ja, daß eine psychopathische Veranlagung neben oder auch als Ursache der Trunksucht im allgemeinen die Prognose verschlechtert, daß es aber auch gerade Psychopathen gibt, welche, einmal auf die Abstinenzbewegung eingestellt, infolge Fortfall von Hemmungen nach der anderen Richtung, sehr eifrig und eindrucksvoll wirken können.

Bisher hat die Erfahrung gezeigt, daß die Zeit für die endgültige Heilung eines Trunksüchtigen keine Rolle spielen darf. Wir haben Patienten, welche nach vier- bis fünfjähriger Betreuung endlich das große Erlebnis der endgültigen Abkehr von ihrer Leidenschaft und ihre Sublimierung in der Bekehrung und Betreuung anderer Schicksalsgenossen erreicht haben.

Selbstverständlich wird kein noch so wissenschaftlich eingestellter Psychiater auf die Mitarbeit der Abstinenzorganisationen verzichten wollen. Ist aber die wissenschaftliche Überlegenheit mit einem gesunden praktischen Blick gepaart, so ist es ein Leichtes, seine allgemeinen Gesichtspunkte und seine Bestrebungen im Einzelfalle dem verständigen Laienfürsorger gegenüber durchzusetzen.

Ist nun die allgemeine Prognose durch eingehende psychiatrische Bemühungen einigermaßen geklärt, so wäre die nächste Aufgabe, die weitere Betreuung des Patienten nach seiner Entlassung vorzubereiten. Es dürfte dabei auch die Aufgabe sich ergeben, für die offenen Heilstätten das geeignete Pfleglingsmaterial herauszusuchen und dadurch die Erfolge der Trinkerheilstätten im allgemeinen zu heben. Etwas ähnliches gibt es in Sachsen. Die sächsischen Pfleglinge der Heilstätte »Seefrieden« bei Moritzburg bei Dresden sind durch psychiatrische Behandlung gegangen und gewissermaßen gesiebt. Das ist wohl der wesentliche Grund dafür, daß die Erfolge dieser Trinkerheilstätte mit 60 bis 70% dauernd geheilter Pfleglinge so unverhältnismäßig besser sind, als man es sonst gewohnt ist.

Schließlich wäre noch ein Gesichtspunkt hervorzuheben, der bei der Morphiumabstinenz bereits eine Rolle spielt, nämlich die Einbürgerung einer Art Quarantäne für rückfallgefährdete Trinker. Es gibt genug Alkoholisten, welche mit den besten Absichten die Anstalt verlassen, sich in ihrer Abstinenzorganisation zunächst einwandfrei führen, dann aber aus endogenen Gründen (nervöse Unruhe, Angstzustände) oder aus äußeren Anlässen, (wirtschaft-

liche Schwierigkeiten, häuslicher Ärger u. dgl.) wieder zu trinken anfangen. Wenn diese Leute darüber belehrt werden, daß sie rechtzeitig, bevor sie noch Alkohol zu sich genommen haben, in die Anstalt aufgenommen und dort kurze Zeit (es können in diesem Fällen unter Umständen zwei Wochen genügen) sich einer strengen Hausordnung und einer zielvollen ärztlichen Betreuung unterwerfen, werden aller Voraussicht nach viele länger dauernde und im Grunde nicht sehr aussichtsvolle Kuren dadurch überflüssig werden. Es wäre in diesem Falle auch notwendig, die Fürsorgestellen und Abstinenzorganisationen in dem gleichen Sinne zu beeinflussen.

Auf die Schwierigkeiten, welchen heutzutage Arbeitsbeschaffung und geeignete Unterkunftsmöglichkeit für unsere entlassenen Patienten begegnet und welche unsere therapeutischen Maßnahmen oft entscheidend durchkreuzen können, sei hier nur kurz hingewiesen. Hier liegen allgemeine sozial-medizinische Aufgaben vor, welche nicht mehr allein in das Aufgabengebiet des psychiatrischen Heilstättenleiters fallen.

Alkohol und Nachkommenschaft.

Von

Dr. Friedrich Panse, Anstaltsarzt.

Die nachfolgend zu schildernden Untersuchungen nehmen ihren Asugang von einer nicht veröffentlichten, aber durch *Rüdin* erwähnten Arbeit von *Bratz*. Dieser wollte die Frage der Entscheidung zuführen, ob der Alkoholismus der Erzeuger durch Keimvergiftung idiotische, epileptische, neuropathische oder gar geisteskranke Nachkömmlinge schafft, oder ob solche Nachkommenschaft nur deshalb entsteht, weil der trinkende Erzeuger, selbst aus nervösem Stamm geboren, einfach seine übernommene Belastung weitervererbt. — *Bratz* hatte folgende Untersuchungstechnik ersonnen: Es wurden die Kinder von Vätern untersucht, die eine längere Zeit ihres Lebens dem Alkoholismus verfallen waren und Kinder während der Trinkzeit, aber auch vor und nach derselben, erzeugt haben. Da die erbliche Belastung bei beiden Gruppen d. h. bei den »alkoholischen« Kindern einerseits, bei den »präalkoholischen« und »postalkoholischen« andererseits die gleiche ist, so mußte der etwaige Unterschied zwischen beiden Gruppen auf Keimvergiftung zurückgeführt werden.

Es wurden die Kinder von ca. 100 solchen Vätern untersucht. Es ergab sich zunächst, daß die »präalkoholischen« und die »postalkoholischen« Kinder sich gar nicht unterschieden. Eine etwaige Keimschädigung, die in der Trinkzeit erfolgte, wird also im allgemeinen wieder ausgeglichen.

Nach dem Ratschlage von *Poll*, der auch die statistische Seite der Ergebnisse auswerten wollte, und von *Rüdin* wurden an den Kindern folgende Eigenschaften geprüft: 1. Rhachitis, 2. konstitutionelle Entwicklungshemmungen, 3. Skrophulose und Tuberkulose, 4. Debilität,

Imbezillität, Idiotie, 5. konstitutionelle Neuro- und Psychopathie, 6. Abweichungen der Sexualität, 7. kindliche Konvulsionen und Spasmophilie, 8. Epilepsie, 9. Psychosen, 10. geistig abnorme Persönlichkeiten, 11. ausgesprochener Hang zum Trunk und Intoleranz, 12. Körperlänge, 13. Mißbildungen, 14. Stillfähigkeit.

Infolge des Umzuges der Schriftstücke, den *Bratz* bei seiner Ernennung zum Direktor zu bewirken hatte, sind die Untersuchungsprotokolle, an deren Herstellung auch *Dittmer* und *Bescht* mitgearbeitet hatten, größtenteils verloren gegangen. Nur so viel kann hier aus den Ergebnissen angeführt werden: Die »alkoholischen« Kinder unterschieden sich von den »präalkoholischen« und »postalkoholischen« nur dadurch, daß sie in frühem Alter in Körperlänge und der gesamten übrigen Körperentwicklung etwas zurückgeblieben, eine erheblich größere Morbidität und eine größere Sterblichkeit zeigten. Bis zum 12. spätestens 14. Lebensjahre glich sich dieses Minus der »alkoholischen« Kinder aus, so daß zwischen den erwachsenen Nachkömmlingen, sei es, daß sie während, sei es, daß sie vor oder nach der Trinkzeit des Vaters gezeugt waren, kein Unterschied bestand. Die Abweichungen (Debilität, Epilepsie, Neuropathie), die bei den »alkoholischen« Kindern gefunden wurden, ließen sich auch bei den Blutsverwandten des Trinkers nachweisen, waren somit als vererbt, ohne Mitwirkung von Keimvergiftung zu erklären. Die Zahl der untersuchten Enkelkinder, ca. 20, war zu gering, um bindende Schlüsse zu rechtfertigen. Als Folgen der Keimvergiftung anzusprechende Schäden wurden bei keinem der Enkelkinder gefunden.

Ich wurde, um den berichteten Materialverlust auszugleichen, mit einer gleichartigen Untersuchung beauftragt, konnte aber ein so großes Material derselben Art infolge der Verschiebung der Verhältnisse durch die Nachkriegszeit und aus anderen Gründen leider nicht wieder zusammenbringen. Doch glaube ich einen anderen Weg gefunden zu haben, der ebenfalls das gesteckte Ziel erreichen läßt.

Längere Zeit hindurch galten die Untersuchungen über die Frage der keimschädigenden Wirkung des Alkohols bei chronischem Alkoholmißbrauch für im ganzen abgeschlossen. Zahlreiche Tierexperimente hatten zu Ergebnissen geführt, die ganz im Sinne einer Keimschädigung gedeutet werden konnten. Es sei dabei hingewiesen auf die Untersuchungen von *Féré*, *Laitinen*, *Ridge*, *A. Bluhm*, *Stockard*, *Bilski* und vielen anderen. Es kann hier im einzelnen nicht auf die Resultate eingegangen werden. An der Aufdeckung methodischer Mängel, besonders bei den älteren dieser Untersuchungen, hat es nicht gefehlt, und in letzter Zeit haben *Rost* und *Wolf* Alkoholexperimente bei Kaninchen angestellt, die unter vorsichtiger Ausschaltung von Fehlerquellen zu dem Ergebnis kamen, daß Keimschädigung nicht nachzuweisen sei. Übrigens sind auch die Ergebnisse der hinsichtlich der Keimschädigung positiven Arbeiten durchaus nicht einheitlich, und man muß sie schon ausschließlich unter dem Gesichtswinkel der positiven Erwartung betrachten, wenn man sie alle als beweisend ansehen will.

Natürlich war den Untersuchern durchweg klar, daß man

die Art der Auswirkung der Keimschädigung bei Tieren nicht ohne weiteres auf menschliche Verhältnisse übertragen kann.

Stockard verwahrt sich sogar ganz ausdrücklich dagegen. Er weist darauf hin, daß Kochsalz, Zucker und ähnliche stets vom Menschen aufgenommene Körper, wenn sie in ungewöhnlicher Menge auf tierische Eier einwirken, dieselben Entwicklungsstörungen hervorrufen wie der Alkohol, dieser also keine spezifische Noxe darstelle.

Die Arbeiten dienten deshalb im wesentlichen der erbtheoretischen Fragestellung, ob sich überhaupt eine exogene — hier also toxische — Beeinflussung des sonst bemerkenswert stabilen Keimplasmas nachweisen oder wahrscheinlich machen lasse. Hinzugezogen wurden noch die histologischen Befunde, die Bertholet, Weichselbaum, Lancereaux, Kostich an den Hoden von alten Potatoren und von alkoholisierten Kaninchen erhoben, nämlich eine Hodenatrophie, parenchymatöse Entartung der Samenkanälchen, Stillstand der Spermiogenese. Man war sich zwar bewußt, daß es sich bei den Befunden keineswegs um für Alkohol spezifische Veränderungen handelte, da man dieselben Veränderungen bei kachektischen Zuständen aller Art und bei Greisen finden konnte, doch glaubte man, in vielen dieser Fälle im Alkohol die einzige in Frage kommende Noxe sehen zu müssen. Die Befunde waren denn auch für viele Erbforscher beweisend und *Lenz* sagt, daß es geradezu ein Wunder wäre, wenn ein Gift, das die Keimgewebe völlig zerstören kann, bei schwächeren Einwirkungen nicht auch gelegentlich Änderungen der darin enthaltenen Erbmasse zur Folge haben würde.

Schließlich gelang *O. Hertwig* der direkte histologische Nachweis der Keimschädigung bei Bestrahlung der Samenfäden von Frosch und Triton mit Radium und Mesothorium. Die Samenfäden verloren auch bei langer Bestrahlung ihre Beweglichkeit und ihre Eignung zur Befruchtung nicht, auch ließen sich an ihnen mikroskopische Veränderungen nicht erkennen. Doch entstanden deutliche Störungen in der Gastrulation und im Urmundverschluß, in späteren Entwicklungsstadien mißgebildete Embryonen mit Spina bifida, Störungen im Verschluß des Nervenrohres, die bis zu Anenzephalie führten. Bei geringer Schädigung blieben die Larven im Wuchs zurück, Gehirn, Rückenmark und Auge zeigten Neigung zum Zerfall einzelner Zellen. In erster Linie hatten die höheren Gewebe, wie Nerven und Muskelgewebe gelitten, unberührt blieb epitheliales und Stützgewebe. Spätere Versuche mit Chemikalien — Methylenblau, Chloralhydrat und Strychnin — ergaben dieselben Resultate. *Hertwig* selbst hielt danach auch Keimschädigung durch Alkohol für möglich.

Mit diesen Versuchen war der Beweis erbracht, daß es eine Schädigung des Idioplasmas durch exogene Einwirkungen gibt. Die menschliche Erbbiologie hat also mit dieser Tatsache zu rechnen, und es war und ist Aufgabe der klinischen und erbbiologischen Forschung, geeignetes Material zu der Frage beizubringen, ob es auch beim Menschen eine solche Keimschädigung gibt, die sich bei den Nachkommen auswirkt.

Am geeignetsten zu diesem Studium war — zunächst wenigstens — das reichlich vorhandene Material der Nachkommen von chronischen Alkoholisten. Das Überraschende und zugleich Überzeugende an den Befunden *Hertwig*s war zudem, daß die Abweichungen bei

seinen Larven und Embryonen ganz in der Richtung lagen, wie man sich seit langem die keimschädigende Wirkung des Alkohols beim Menschen vorstellte, nämlich in Form von allgemeiner körperlicher Minderwertigkeit und insbesondere in Form von Mängeln des Zentralnervensystems,

Ehe ich nun auf die beim Menschen vorliegenden Untersuchungen eingehe, muß klargelegt werden, was in dieser Arbeit mit »Keimschädigung« im eigentlichen Sinne bezeichnet wird.

Forel hatte 1911 das Wort »Blastophthorie« geprägt, ohne damit aber eigentlich zur weiteren Klärung des Problems beizutragen; eher traten in der Folgezeit durch die schlagwortartige Verbreitung und Anwendung dieses Wortes Unklarheiten auf. Insbesondere sind oft Fälle von Schädigungen des weiblichen Eies dazugerechnet worden, bei denen naturgemäß unentschieden bleiben mußte, ob es sich hier nicht um eine Fruchtschädigung während der Schwangerschaft gehandelt hat, eine Art der Nachkommenschädigung, die nichts mit der eigentlichen Keimschädigung zu tun hat und auch ganz aus dem Rahmen dieser Betrachtungen fällt [1]).

Kehrer zieht deshalb auch den Ausdruck Keimzellenschädigung vor, und eine solche ist unter dem hier als eingebürgert übernommenen Wort »Keimschädigung« auch zu verstehen. *Entres* präzisiert seine Auffassung dahin, daß von eigentlicher Keimschädigung nur dann gesprochen werden könne, wenn eine Idiovariation oder Verlustmutation, eine Erbänderung des Keimplasmas eintrete mit der Folge einer verminderten Lebenstüchtigkeit in irgendeiner Form. Die Erbforschung rechnet aber daneben noch mit der Möglichkeit nicht erblicher (weiter vererbbarer) Beeinflussungen des Keimplasmas, also solcher, die sich bereits in der nächsten Generation wieder ausgleichen. Dieser Vorgang wird nach *Siemens* mit Parakinese bezeichnet. Es würde sich hier mehr um eine Gesamtschwächung des Somas der später zur Befruchtung gelangenden Keimzelle handeln, ohne daß das eigentliche Keimplasma, die Verfassung der Chromosomen, schwerer tangiert wäre.

Ich muß gestehen, daß ich bei der doch meist nur durchführbaren Untersuchung einer Generation der Alkoholikernachkommen (auch bei den hier verwerteten Fällen konnten nur die Kinder der Trinker berücksichtigt werden) keinen Weg sehe, eine Scheidung

---

[1]) Nicht berücksichtigt wird übrigens auch die »Zeugung im Rausch«, ein Hergang, der nicht beweisbar ist, oder bei dem sich zum mindesten zahlreiche theoretische Einwendungen gegen die Nachweisbarkeit machen lassen. Es sei nur erwähnt, daß die Befruchtung des Eies sehr wahrscheinlich gar nicht in der Zeugungsnacht erfolgt, sondern bis zu 14 Tagen später, nachdem das Spermatozoon bis zum Eileiter gelangt ist, also kaum noch Träger von Alkoholwirkung sein dürfte, auch nicht soweit gelangt sein dürfte, wenn es vorher stark durch Alkohol gelähmt gewesen wäre.



zwischen diesen beiden theoretisch möglichen Folgezuständen einer Beeinflussung der Keimzellen vorzunehmen. Man wird also bei positiven Ergebnissen mit idiokinetischer und auch parakinetischer Schädigung rechnen müsesn.

Natürlich hat man schon mit dem Beginn der wissenschaftlichen Bearbeitung der Alkoholfrage sehr häufig versucht, auch beim Menschen die Keimschädigung durch Alkohol nachzuweisen. Vor allem durch statistische Arbeiten, ausgehend von dem verschiedenartigsten Ausgangsmaterial. Es ist nicht angängig, auf die früheren Arbeiten dabei zurückzugreifen, weil sie zu einer Zeit entstanden sind, in der man noch nicht den zu erwartenden Einfluß der vom Alkohol unabhängigen Erbanlagen von der Keimschädigung trennen konnte. Auf diese Fehler ist von berufener Seite (*Bratz, Rüdin, Pohlisch*) in jüngerer Zeit wiederholt hingewiesen worden, so daß sich hier das Eingehen auf Einzelheiten erübrigt.

Wenn man deshalb z. B. die Statistiken *Demmes*, der bei »Trinkerfamilien« nur 17,5 % geistig normale Kinder fand, immer wieder zitiert sieht, so ist das schwer verständlich. Es sollte eigentlich der alltägliche Umgang des Psychiaters mit den Kindern von Trinkern schon vor der Verwertung solcher unmöglicher Zahlen abhalten.

Ein weiterer schon von *Rüdin* und *Wlassak* hervorgehobener methodischer Fehler fast aller dieser Arbeiten ist es, daß die Bearbeiter von pathologischen Nachkommen ausgingen, ein Weg, der statistisch anfechtbar ist. Außerdem muß es dem Kliniker auffallen, mit welcher Exaktheit es vielen Bearbeitern (z. B. *Bunge*) gelungen ist, die Schwere des Gewohnheitstrinkens solcher Trinker festzustellen, die ihnen noch dazu persönlich nicht bekannt waren. Dabei macht man doch immer wieder die Erfahrung, wie überaus schwer es ist, vom Trinker selbst und auch von dessen Umgebung die tatsächliche Dauer und Schwere des Alkoholismus genau zu erfahren. Auch hier liegen demnach noch wahrscheinlich recht bedenkliche Fehlerquellen, die bisher nur *Pohlisch* bei seiner noch ausführlicher zu besprechenden Arbeit weitgehend vermieden hat. In den letzten Jahren ist aber noch eine Anzahl Veröffentlichungen erschienen, die die besprochenen Mängel berücksichtigen. So hat *Snell* die Belastungsverhältnisse bei der genuinen Epilepsie nach der Diem-Kollerschen Belastungsberechnung untersucht und gefunden, daß die Trunksucht bei den Epileptikern ein nur etwas häufigerer belastender Faktor (25, 89%) als bei Geisteskranken (20, 9%) und Gesunden (21, 3%) ist. *Snell* kommt zu dem Schluß, daß dies der alten Erfahrung entspreche, daß unter den Kindern gewisser Trinker manche epileptisch sind. Doch sei damit die Frage der Keimwirkung des Alkohols nicht gelöst. Eine erbliche krankhafte Veranlagung könne sich ja auch einmal in Epilepsie, ein anderes Mal in Trunksucht äußern. *Snell* macht auch darauf aufmerksam, daß erfahrungsgemäß bei Epileptikern nach altem Brauch viel

intensiver nach Trunksucht des Vaters gefragt werde, wie z. B. bei Paralytikern, bei denen sich denn auch nur in 14% Belastung durch Trunksucht fand.

Wauschkuhn fand bei seinen viel zitierten Untersuchungen an der genealogischen Abt. der Forschungsanstalt bei der Bearbeitung der über 30 Jahre alten Trinker unter den Deszendenten kein nennenswertes Vorkommen von Epilepsie. Leider sind die Untersuchungen nicht veröffentlicht. Umgekehrt fand *Küffner* bei kritischer Sichtung seines sehr großen Epileptikermaterials nur in 6% der Fälle Alkoholismus als allein belastendes Moment, ein Befund, der sich allerdings für die Frage der Keimschädigung nur sehr bedingt verwerten läßt. Und jüngst hat *Boß* unter 1264 Kindern von 572 möglichst erbgesunden Trinkern keineswegs auffallend viel körperlich oder psychisch Minderwertige gefunden.

Inzwischen sind von gynäkologischer Seite in letzter Zeit Erfahrungen gesammelt worden mit der Röntgenbestrahlung der Ovarien zwecks therapeutischer temporärer Sterilisation, durch die die weiblichen Keimzellen sicher betroffen werden. Diese Nachkommenuntersuchungen lassen sich zwar nicht unmittelbar in Vergleich setzen mit denen bei Alkoholikernachkommen, weil ja die Noxe eine ganz andere war, sie sind aber für unsere Untersuchungen von ganz besonderem Interesse, weil diese Fälle zeigen können, wie die weibliche menschliche Keimzelle auf eine sichere, bestimmte Schädigung reagiert. — Man hat auch hier befürchtet, daß nach Aufhören der Röntgenstrahlenamenorrhoe keimgeschädigte Eier zur Befruchtung kommen und Aborte, mißgebildete, schwachsinnige oder sonst geschwächte Kinder die Folge sein würden. Diese Befürchtungen sind auch durchaus noch nicht verstummt, sagt doch *Sellheim* (zit. nach *Wintz*): »Ich warne vor dem Experimentieren mit anderer Leute Kinder.« Die Tierexperimente haben keine Klarheit geschaffen, typische Schädigungen wurden nicht beobachtet, die öfters hervorgehobene Abortneigung der Tiere kann auch auf gleichzeitige Uterusschädigungen durch die Bestrahlung bezogen werden (*Wintz*, *Döderlein*). *Wintz* hat kürzlich in einer zusammenfassenden Arbeit die im ganzen bis dahin beobachteten 264 Schwangerschaften bei 229 Frauen nach Röntgenamenorrhoe berücksichtigt. Es sind dabei 187 ausgetragene Kinder bekannt geworden (die nicht lediglich auf Keimschädigung zu beziehende Abortneigung ist also groß). Darunter sind drei mißgestaltete Kinder beobachtet, ein Mongolismus mit Mikrophthalmus (Fall von *Seynsche*), ein Kind mit angeborener Trachealstenose, ein drittes (von derselben Mutter) mit angeborenem Herzfehler (Fälle von *Werner*). Bei dem Mongoloiden war die Mutter 45 Jahre, was ja bei Mongoloiden an sich schon häufig ist. Insgesamt geht der Prozentsatz der Mißbildungen nicht über den auch sonst beobachteten von 1—2% aller neugeborenen Kinder hinaus. *Wintz* kommt deshalb zu dem Schluß, daß das bis dahin vorliegende Material nicht für Keimschädigung spreche. *Döderlein* fügt diesem Material neuerdings 11 Fälle aus seiner eigenen Klinik hinzu, ebenfalls mit ganz negativem Ergebnis, wenn man von der Neigung zu Aborten und Frühgeburten absieht. Auch dieser Forscher glaubt deshalb, daß man die Befürchtung der keimschädigenden Wirkung der Röntgenstrahlen fallen lassen könne, wenn diese Erfahrungen sich weiter bestätigen sollten.

Eugen Fischer hat als Erbtheoretiker gegen diese Ergebnisse den Einwand erhoben, daß selbst der Befund von 100% gesunder Kinder von vorher temporär strahlensterilisierten Müttern durchaus nicht dafür zu sprechen brauche, daß die Bestrahlung für die Nachkommen unschädlich sei. Die Eier könnten derart geschädigt werden, daß zwar eine gesunde Entwicklung der Eier möglich bleibt, die Erbsubstanz aber mit neuen rezessiven krankhaften Erbfaktoren belastet wird. Heiraten also die Kinder bestrahlter Mütter gegenseitig, so könnten dann in der Enkelgeneration schwere Mißbildungen usw. zutage treten. Dieser Modus sei für Tiere in entsprechenden Experimenten (Drosophila) sogar wahrscheinlich gemacht.

Der Einwand hat ja wohl für die noch recht selten geübte Röntgenkastration im wesentlichen theoretisches Interesse, gewinnt aber doch erheblich an Bedeutung, wenn man, wie in dieser Arbeit, die Verhältnisse beim chronischen Gewohnheitstrinken ins Auge faßt, denn der prinzipielle Einwand von *Fischer* kann selbstverständlich auch auf männliche Keimzellen ausgedehnt werden. Es ist doch zweifellos keine Seltenheit, daß die beiden Großväter von Kindern schwere Potatoren waren. Solche Untersuchungen fehlen noch ganz, und es sei gleich vorweg gesagt, daß diese Fragestellung auch leider bei dem hier verarbeiteten Material außer Betracht bleiben mußte.

Faßt man die Ergebnisse der Arbeiten aus den letzten Jahren zusammen, soweit sie bereits dem Stand der modernen Erbforschung angepaßt sind, so ist hervorstechend eine weitgehende Einschränkung der früher angenommenen Auswirkungen der Keimschädigung durch Alkohol. Diesen Ergebnissen tragen auch Erbforscher, wie *Rüdin*, *Agnes Bluhm*, *Entres*, *Hildebrandt*, *Hoffmann*, *Baur*, *Lenz*, *Berze*, *Lundborg*, *Kehrer* u. a. Rechnung. Sie betonen — alle dem Sinne nach ungefähr übereinstimmend —, daß man die Möglichkeit einer keimschädigenden Wirkung des Alkohols beim Menschen zwar durchaus zugeben müsse, daß aber der Beweis dafür noch nicht einwandfrei geführt sei. Nur von wenigen noch wird das Vorkommen beim Menschen unbedingt bejaht, so von *Wlassak*, der im übrigen an den bisherigen Arbeiten höchst sorgfältige Kritik geübt hat.

1927 erschien nun eine Arbeit von *Pohlisch*, die bereits viel Beachtung gefunden hat und die in der Tat sehr geeignet ist, die hier zu behandelnde Frage der Beantwortung näher zu bringen. *Pohlisch* untersuchte die Nachkommenschaft von 58 männlichen Deliranten, die selbst konstitutionell psychisch gesund oder nur in geringerem Grade psychopathisch waren, insbesondere auf die Zahl der Graviditäten und Fehlgeburten, die Höhe der Säuglingssterblichkeit und die körperliche und psychische Beschaffenheit der Überlebenden und stellte fest, ob die Ergebnisse um so ungünstiger ausfielen, je näher der Zeugungstermin dem Delir lag. Das gewählte Ausgangsmaterial der Deliranten erscheint deshalb so besonders geeignet, weil einmal langjähriger schwerer Schnapspotus durch die Tatsache des durchgemachten Delirs sichergestellt ist, und weil die Deliranten selbst keine nennenswerte endogene psychische Belastung erkennen ließen,

die sich in den Kindern hätte auswirken können. Das Resultat war völlig negativ, es fand sich weder zunehmende Psychosenhäufigkeit, noch Schwachsinn, Epilepsie, Spasmophilie, Säuglingssterblichkeit über den zu erwartenden Grad hinaus. Die Arbeit erscheint mir in ihrer Anlage und in der vorsichtig begrenzten Materialauswertung unanfechtbar und ist auch von anderer Seite so beurteilt. *Wlassak* und *Riese* haben den Vorwurf der Kleinheit des Materials erhoben, ein Umstand, der an sich zwar zutrifft, der aber durch das z. Zt. noch nicht wieder häufige Auftreten von Delirien bedingt ist, und m. E. aufgehoben wird durch die sorgfältige Ausschaltung der endogenen Erbwirkung und die sichere Steigerung der Alkoholintoxikation bis zum Ausbruch des Delirs.

*Pohlisch*s Probanden erfüllen somit auch schon in gewissem Umfang die Forderung *Rüdins* nach Untersuchungen, die Erb- und Alkoholwirkung streng auseinanderhalten. *Rüdin* dachte dabei an die Untersuchung der Nachkommen von ab origine normalen Durchschnittsmenschen, die unmäßig trinken z. B. von Brauknechten oder an die Durchsicht eines großen Materials von solchen Trinkern, die später abstinent geworden sind und bei denen man eine voralkoholische, alkoholische und nachalkoholische Zeugungsperiode unterscheiden kann.

Und damit komme ich zu den Anfängen der vorliegenden Arbeit, die — wie auch aus der Vorbemerkung hervorgeht — mehrere Jahre zurückreichen.

Leider hat sich erwiesen, daß es selbst in einer Stadt wie Berlin mit ihrem riesigen Material an chronischen Alkoholisten und mit seinen großen Abstinenzorganisationen (z. Zt. wenigstens) unmöglich ist, eine statistischen Anforderungen genügende Anzahl von abstinent gewordenen Trinkern mit Nachkommen aus sowohl der alkoholischen als auch der nachalkoholischen Periode zu erhalten.

Schon 1922 hatte *Dittmer* auf Anregung von *Bratz* solche Untersuchungen bei Guttemplerfamilien mit vor und während der Abstinenz gezeugten Kindern vorgenommen. Auch sein Zahlenmaterial — 12 Familien mit im ganzen 73 Kindern — blieb recht klein. *Dittmer* fand bei den Trinkerkindern mehr Debilität, Zurückbleiben im Längenwachstum, Psychopathie und Neigung zu Kopfschmerzen; ferner auch Epilepsie. Da die Erblichkeit nicht erwähnt ist, und nicht mitgeteilt ist, wieviele der 73 Kinder während der Abstinenz gezeugt sind, lassen sich Verhältniszahlen nicht errechnen. Immerhin stellt die Arbeit den ersten mir bekannten Versuch zur Klärung der Keimschädigungsfrage auf diesem Wege dar. Der Guttemplerorden hatte sich auch seit 1926 wieder in großzügiger Weise für unsere Fragestellung zur Verfügung gestellt, es wurden mehrere Tausend Fragebogen an die einzelnen Mitglieder verteilt, ich hielt eine Reihe von Vorträgen über das Thema, um das Interesse der Mitglieder zu wecken und um einen persönlichen Konnex herzustellen. Der Erfolg war recht gering. Vor allem, weil auf die Mitglieder natürlich keinerlei Druck ausgeübt werden sollte und weil die Organisationen selbst keine buchmäßigen Unterlagen über die persönlichen Verhältnisse ihrer Mitglieder besitzen. Viele Mitglieder wird

eine gewisse Scheu, die vergessene Alkoholzeit wieder ins Gedächtnis zurückzurufen, die Befürchtung, sich etwa wegen der Krankheiten ihrer Kinder Vorwürfe machen zu müssen, abgehalten haben, sich zu melden. Doch glaube ich auch, daß überhaupt die Zahl der abstinent gewordenen Trinker mit Kindern aus der Zeit der Abstinenz nicht groß ist. Der Alkoholismus braucht an sich schon meist viele Jahre, bis er sich so weit verschlimmert hat, daß die Abstinenz zur Notwendigkeit wird. Und dann ist in den allermeisten Fällen die Zeit des Kinderzeugens schon vorüber. Die jungen Alkoholiker aber sind meist so schwere Psychopathen, daß sie nicht abstinent bleiben, sie scheiden also für diese Untersuchung auch aus.

Zudem habe ich die Erfahrung gemacht, daß ein erheblicher Teil — aber durchaus nicht alle — der abstinent Gewordenen, die früher nach der Erinnerung alter Ordensbrüder schwer getrunken haben, diesen Alkoholismus genau so als unerheblich oder gar nicht vorhanden gewesen darstellt, wie man es bei den während des Potus untersuchten Kranken gewohnt ist. Da aber objektive Unterlagen über den Grad des früheren Alkoholismus nicht mehr zu beschaffen waren, mußten solche Fälle ausscheiden; die Beobachtung selbst aber erscheint psychologisch recht interessant.

Das Resultat des geschilderten Aufwandes an Überredung und Papier sind acht Abstinente, welche die genannten Bedingungen formal erfüllen. Aber auch diese wenigen Fälle stellen eine zu statistischen Zwecken wenig brauchbare Auswahl dar. Denn es hat sich gezeigt, daß sich gerade solche Abstinente meldeten, die damit noch den Nebenzweck einer psychiatrischen Beratung verfolgten, die irgendeinen Fall mit psychischen Abweichungen in der Familie hatten. Es fand also eine ungünstige Auslese statt.
Trotzdem bot das kleine Material bei Berücksichtigung der endogenen Vererbung keine Anhaltspunkte für eine Keimschädigung bei den Kindern, die während des Potus gezeugt worden waren. Da seine Bedeutung aber angesichts der kleinen Zahl zu gering ist, soll auf die Mitteilung der einzelnen Fälle verzichtet werden.

Dagegen stand mir nun an den hiesigen Wittenauer Heilstätten ein großes Material von chronischen Alkoholisten der verschiedensten Art und Schwere zur Verfügung und es erschien verlockend, dieses Material zum Ausgangspunkt von Nachkommenuntersuchungen zu machen.

Dabei waren zunächst verschiedene Schwierigkeiten zu überwinden und Fehlerquellen zu vermeiden. Es wurden nur solche Alkoholiker verwertet, deren Ehefrau mindestens einmal konzipiert hatte. Dann mußte sichergestellt werden, daß der als Alkoholiker Eingewiesene auch tatsächlich schwerer chronischer Alkoholist war. Psychopathen mit pathologischen Räuschen, Intolerante, alle Formen von nicht gewohnheitsmäßigen Alkoholmißbrauch, d. h. über die Hälfte der unter der Diagnose »Alkoholismus« Eingewiesenen wurden ausgeschieden. Ferner erwiesen sich nur solche Fälle als geeignet, bei denen sich der Beginn des eigentlichen Gewohnheitstrinkens einigermaßen exakt fixieren ließ. Eine weitere Schwierigkeit war die notwendige möglichst restlose Erfassung der Zahl und Qualität der Nachkommen. Es ist erstaunlich, wie leicht frühere Geburten, insbe-

sondere Fehlgeburten, bei den Trinkern in Vergessenheit geraten. Deshalb ließen sich von den Ehefrauen die besseren Auskünfte erhalten. In zahlreichen Fällen wurden auch die Kinder selbst befragt und untersucht. Auch Fälle mit ganz unzureichenden Daten über die Aszendenten mußten ausscheiden. Und zwar vor allem deshalb, weil ganz absichtlich keine Auswahl hinsichtlich des Grades der psychischen Auffälligkeiten der Alkoholiker selbst und deren Ehefrauen getroffen wurde. Die Forderung, durch auswahlsweise Untersuchung von ganz »gesunden« Potatoren die endogene Vererbung nach Möglichkeit auszuschalten, kann und soll auf diese Weise allerdings nicht erfüllt werden, etwa so, wie es *Pohlisch* tun konnte.

Der Umstand erscheint mir aber — besonders nach Kenntnis des Ausfalls der Untersuchungen — kein Nachteil zu sein. Denn die Frage, ob nicht latente oder gering ausgeprägte psychische Auffälligkeiten der Trinker durch die Keimschädigung erst manifest oder aktiviert werden können, läßt sich ja doch nur an einem Material klären, das die Möglichkeit solcher Auswirkungen auch bietet. Es finden sich also unter meinen Trinkern, deren Ehefrauen und in der Aszendenz auch schwere Psychopathen, Asoziale, Kriminelle, Sonderlinge, Imbezille, Epileptiker, Schizophrene. Die Aufgabe komplizierte sich dadurch, es mußte mit besonderer Sorgfalt vorgegangen werden, es war möglichst genaue Kenntnis der Aszendenten, deren Geschwister und Geschwisterkinder notwendig in allen den Fällen, in denen sich bei den Kindern Auffälligkeiten boten, die den Verdacht auf Keimschädigung erweckten.

Nicht ganz sicherstellen ließ sich in vielen Fällen die tatsächlich genossene Menge Alkohol. Die Angaben der Trinker selbst, der einweisenden Stelle, der Angehörigen, lagen da oft weit auseinander. Ein besserer Maßstab war die Höhe der Ausgaben für Alkohol, der Grad der sozialen Schwierigkeiten, in die der Trinker bis zur Aufnahme geraten war, und vor allem der körperliche und psychische Befund. Alles zusammen ließ in den verwerteten Fällen immer sicher auf jahrelanges Gewohnheitstrinken schließen.

Auch die zeitliche Festlegung des Beginns des eigentlichen Potus war nicht immer leicht, und ein umschriebener Zeitpunkt ist auch gar nicht zu erwarten. Doch waren besonders die Ehefrauen durchweg in der Lage, anzugeben, wann das Trinken tatsächlich »gewohnheitsmäßig« wurde, d. h. seit wann die Alkoholintoxikationen sich über den in Berlin üblichen Lohntagsrausch hinaus wesentlich häuften und zu wirtschaftlichem und gesundheitlichem Verfall führten.

Auf diese Weise wurden zusammengestellt: 200 chronische Alkoholisten und deren Ehefrauen (diese mit wenigen Ausnahmen sehr mäßig gegenüber dem Alkohol).

Die Gewohnheitstrinker (Probanden) setzen sich zusammen aus:
19 Deliranten
1 Alkohol-Korsakoff
3 Alkoholhalluzinosen
2 Alkoholneuritiden
9 Brennspiritustrinkern
22 schweren Schnapstrinkern ohne die obigen Komplikationen
144 schweren Schnaps- und Biertrinkern.

Von allen zusammen waren 90 ausgesprochene Psychopathen (z. T. außerdem debil), davon 26 kriminell
17 imbezill, davon 4 kriminell
22 debil, davon 3 kriminell
5 Epileptiker
1 Propfhebephrener.

Die 218 Ehefrauen boten eine ähnlich minderwertige Zusammensetzung:
27 ausgesprochene Psychopathinnen, davon 1 Trinkerin, 1 Puella und 1 kriminell (Kindesmörderin)
17 imbezill, davon 1 Trinkerin
34 debil
1 Schizophrene
1 Paralyse.

Die Dauer des nachgewiesenen Gewohnheitstrinkens z. Zt. der Zeugung betrug 0—35 Jahre.

Probanden mit Ehefrauen hatten eine Nachkommenschaft
von zusammen 780 Konzeptionen
782 Früchten (darunter 12 Zwillinge und 71 Aborte)
mithin 721 ausgetragenen Nachkommen (Kinder).

Davon liegt der Zeugungstermin **vor** dem chronischen Alk. bei
283 Konzeptionen
286 Früchten (darunter 3 Zwillinge und 22 Aborte)
mithin 264 ausgetragenen Nachkommen,

nach Einsetzen des chron. Alk. bei:
497 Konzeptionen
506 Früchten (darunter 9 Zwillinge und 49 Aborte)
mithin 457 ausgetragenen Nachkommen.

Die vor dem Gewohnheitstrinken gezeugten Kinder waren z. Zt. der Untersuchung im Durchschnitt 22, 75 Jahre alt, die nachher gezeugten 16, 1 Jahre alt.

Zunächst einige Einschränkungen. Die Zahlen lassen keine Rückschlüsse auf die Zahl der Kinder in Berliner Alkoholikerehen überhaupt zu, denn alle nicht fruchtbaren Ehen mußten ja unberücksichtigt bleiben. Überhaupt eignen sich die Kinderzahlen von Ehen in großstädtischen Verhältnissen nicht mehr zu Betrachtungen über die »natürliche Fruchtbarkeit« bei oder ohne Alkoholmißbrauch, wie sie *Laitinen* und *Lundborg* unter ländlicher Bevölkerung noch anstellen konnten. Willkürliche Geburtenbe-

schränkung spielt hier eine Rolle, welche die Wirkung des Alkohols — diese angenommen — ganz in den Hintergrund treten läßt.

Dasselbe gilt für die Zahl der Aborte, die hier als vor und nach Einsetzen des Gewohnheitstrinkens prozentual annähernd gleich häufig errechnet sind. Es hat sich nicht mit Sicherheit klar stellen lassen, wie viele dieser Aborte artifiziell waren, auch hätten die Frauen dann bezüglich etwaiger Uterinleiden genauer untersucht werden müssen. Zudem glaube ich, daß die Zahl der hier vermerkten Aborte viel zu niedrig ist. Liegen sie erst mehrere Jahre zurück, so werden sie vergessen, viele werden aus irgendwelchen Gründen verschwiegen, in manchen Fällen war es fast unmöglich, sie noch zeitlich richtig einzuordnen, so daß hier bei der Rubrizierung Fehler vorgekommen sein mögen.

Immerhin ist an den obigen Zahlen bemerkenswert, daß mehr als $^1/_3$ (genauer 11 : 19) der Kinder schwerer Gewohnheitstrinker zu einer Zeit gezeugt worden sind, in der die Annahme einer Keimschädigung wegen des mäßigen Alkoholgenusses nicht viel Wahrscheinlichkeit für sich hat. Annähernd $^2/_3$ der Kinder müssen aber doch als in einer Zeitspanne gezeugt gelten, in der nach der Ansicht vieler Autoren die Voraussetzungen für eine Keimschädigung gegeben sind.

Bei der Übersicht über die Nachkommen selbst ist dann von besonderer Wichtigkeit, welche psychischen und körperlichen Abweichungen im Hinblick auf ihre etwaige Entstehung durch alkoholische Keimschädigung untersucht werden sollen. Man wird sich in der Auswahl weitgehende Beschränkung auferlegen müssen, denn außer der rein endogenen Vererbung müssen ja auch bei den Nachkommen die mannigfachsten Milieueinflüsse zur Auswirkung kommen.

In erster Linie wurden untersucht das Vorkommen von Epilepsie, angeborenem Schwachsinn (Idiotie bis Debilität), Psychopathien, endogenen Psychosen, Mißbildungen. In zweiter Linie: Säuglingssterblichkeit, Spasmophilie, Rhachitis, Totgeburten, Morbidität und Mortalität an Infektionskrankheiten (insbesondere Tuberkulose). Auf die innere Berechtigung zu dieser Auswahl wird bei Besprechung der einzelnen Gruppen eingegangen werden.

Epileptiker — sehr wahrscheinlich genuine — fanden sich vier unter den 721 Kindern der 200 Trinker. Davon waren zwei 5 bzw. 12 Jahre vor Beginn des Gewohnheitstrinkens gezeugt.

Im 1. Fall war der Proband selbst ein schwächlicher, debiler Psychopath, dessen Vater ausgesprochen alkoholintolerant und ein Bruder des Probanden Epileptiker. Im Fall 2 war die Ehefrau des Probanden schwachsinnig, konnte weder lesen noch schreiben. Eine ältere, ebenfalls noch vor dem Gewohnheitstrinken gezeugte Schwester war Idiotin, während eine nach 7 jährigem

Potus gezeugte Stiefschwester mit psychisch gesunder Mutter psychisch ganz unauffällig war.

2 Epileptiker waren 2 bzw. 5 Jahre nach Beginn des Potus gezeugt.

Bei dem einen findet sich zwar keine spezifische Belastung, doch liegt die Zeugung so früh, im zweiten Jahre des Gewohnheitstrinkens, daß man dem Potus des Erzeugers schwerlich eine ausschlaggebende Bedeutung an dem Zustandekommen der Epilepsie beimessen kann, bes. da Kinder desselben Trinkers, aber nach 26- und 27 jährigem Potus mit einer gesunden Frau gezeugt psychisch bisher unauffällig sind. Im Fall 2 war der Halbbruder (ders. Vater) des Probanden (Trinkers) Epileptiker, die Mutter der Ehefrau schwachsinnige Trinkerin, der Proband selbst litt außerdem an Lues.

Das Material weist also eine sehr geringe Zahl von Epileptikern unter den Kindern auf, und das Vorkommen dieser Fälle läßt keinen Schluß auf eine Entstehung durch alkoholische Keimschädigung zu. —

An Idioten fanden sich fünf, davon zwei vor, drei nach Beginn des Potus gezeugt.

Von den vor dem Potus gezeugten ist der eine Fall der Bruder des bereits erwähnten epileptischen Nachkommen; im zweiten Fall war die Geburt sehr schwer, das Kind wurde asphyktisch geboren.

Bei den während des Potus gezeugten Idioten fällt auf, daß die Dauer des Potus in allen drei Fällen nur 2—3 Jahre betrug. Einmal war der Proband selbst imbezill mit Hydrozephalus (62 cm), die Ehefrau zum mindesten debil; beim Zweiten war der Vater des Probanden Epileptiker, der Proband selbst war trotz Schulbildung Analphabet, kriminell, die Ehefrau hatte zwei voreheliche Kinder, war sehr reizbar und litt an »Kopfkoliken«. Zwei später geborene Kinder sind trotz schwerer Belastung und trotz längeren schweren Potus psychisch bisher unauffällig. Im dritten Fall ist der Proband ein erheblich vorbestrafter Imbeziller, arbeitsscheu, der von der Anstalt aus ins Arbeitshaus soll. Er leidet an Lues. Die Ehefrau wird als »schusselig« geschildert, konnte kaum lesen und schreiben und starb an Tuberkulose. Das idiotische Kind ist halbseitig gelähmt und nach der Vorgeschichte mehrmals antiluetisch behandelt worden.

Also auch bei den fünf Idioten sprechen die Ergebnisse nicht für Entstehung durch alkoholische Keimschädigung. —

Schwerer zu überblicken sind der Anzahl wegen die Verhältnisse bei den Imbezillen. Als imbezill angesprochen wurden im allgemeinen alle Hilfsschüler und solche Gemeindeschüler, die nicht über die 5. oder 4. Klasse hinausgekommen waren. — Von den Imbezillen sind 9 vor, 19 nach Beginn des Potus gezeugt, die Verteilung entspricht also etwa der bei der Gesamtzahl der Nachkommen 11 : 19. Die Häufigkeit nimmt nicht mit der Dauer der Trunksucht der Erzeuger zu. Die Schwankungen [1]) liegen bei den kleinen Zahlen

[1]) Leider konnten die recht umfangreichen Tabellen, an denen die Zahlen errechnet und die Verhältnisse gut zu überblicken sind, wegen technischer Schwierigkeiten nicht mit veröffentlicht werden.

durchaus im Bereich der möglichen Fehlergrenzen. Die »alkoholischen« Fälle verteilen sich auf 14 Probanden.

Bei den Kindern von elf dieser Probanden zeigt sich deutlich, daß das schlechte Erbmaterial der Eltern selbst die imbezillen Kinder bedingt hat. Vier dieser Fälle sind traurige Musterbeispiele für die Minderwertigkeit und Säuglingssterblichkeit in den Ehen psychisch abnormer Menschen bei tiefem sozialen Niveau. Für »Keimschädigung« können diese Fälle nicht beweisend sein, aber gerade solche Familien haben zweifellos oft den Ausgangspunkt dahingehender Betrachtungen gebildet. Einmal ist der verschlechternde Einfluß erst durch die hinzutretende minderwertige Erbmasse der zweiten Ehefrau recht eindeutig. Bleiben drei Fälle, in denen die Erblichkeit allein die Imbezillität nicht ganz erklärt, wenn auch in allen drei Fällen der Proband selbst ein schwerer Psychopath war. Besonders ein Fall davon könnte für sich allein gesehen im Sinne einer zunehmenden Keimschädigung sprechen. Aber diese drei Fälle sind natürlich nicht irgendwie beweisend, solche vereinzelten Imbezillitäten findet man in ganz mäßigen Familien jederzeit, und Schlüsse kann man hier nur aus regelmäßig wiederkehrenden Befunden ziehen.

Auch für die Imbezillität hat sich demnach kein Einfluß von Keimschädigung nachweisen lassen. —

Bei der Debilität[1]) zeigt ein Überblick dasselbe, Das Zahlenverhältnis der Zeugungen vor und nach Beginn des Potus ist 24: 51 (8: 17), entspricht also auch etwa dem Verhältnis der Gesamtzahl der Kinder (11: 19), vielleicht etwas zu ungunsten der »alkoholischen« Kinder, doch fällt der nur kleine Unterschied in den Bereich des mittleren Fehlers. Starke Schwankungen in der Verteilung auf die Jahre sind durch die kleine Zahl bedingt. Der Versuch, die prozentuale Aufteilung zu berechnen, ergibt keine Gesetzmäßigkeit im Sinne einer Zunahme mit längerer Dauer des Trinkens. Die Debilität erscheint mir außerdem zu den Untersuchungen weniger geeignet, da hier der Einfluß der Erblichkeit schwerer zu erfassen ist. Debilität fällt dem Durchschnittstrinker in seiner erwachsenen Verwandschaft nicht weiter auf. Auch mögen unter den als debil vermerkten Kindern manche sein, die eher als körperliche Schwächlinge anzusehen sind und deswegen in Schule und Beruf versagten. Und bei diesen Schwächlingen ist der Einfluß von Milieuschäden nicht ganz auszuschalten. Trotzdem aber keine Häufung mit zunehmender Dauer des Potus, keine Fälle, die sich als nur durch Keimschädigung bedingt deuten ließen. —

Die verschiedenen Formen von Psychopathie verhalten sich in ihrer Verteilung unter den Trinkern ganz ähnlich. Das Verhältnis von 14: 24 entspricht ebenfalls ungefähr dem der Gesamtzahl der

---

[1]) Es sind hierzu im allgemeinen die Fälle gerechnet worden, in denen nur die dritte Volksschulklasse erreicht wurde, und solche die zwar die zweite Klasse erreichten, aber später im Berufsleben deutlich versagten. Ferner manche jüngere Kinder mit ausgesprochen verlangsamter psychischer Entwicklung.

Nachkommen (11 : 19). Die Häufigkeit nimmt mit der Dauer des Potus wie die Zahl der Nachkommen überhaupt stark ab. — Die Trunksucht ist bei den Kindern relativ selten vermerkt. Diese niedrige Zahl ist aber nicht verwertbar, da das Durchschnittsalter der untersuchten Kinder noch zu niedrig ist, Trunksucht in stärkerem Grade aber erst in höherem Lebensalter zu erwarten ist. Zudem ist diese psychopathische Untergruppe für Untersuchungen über Keimschädigung ohne Bedeutung, wenn die Frage für die Psychopathie überhaupt beantwortet ist. Das Gleiche gilt für die ebenfalls nicht sehr hohe Kriminalität unter den Kindern. —

An manifesten endogenen Psychosen fand sich unter den Kindern nur eine schizophrene Tochter von einem schwer schizoiden Sonderling im ersten Jahre des chronischen Alkoholmißbrauchs gezeugt. Dieser eine Fall spricht gewiß nicht für das Aktivwerden latenter Anlagen zu psychischen Erkrankungen durch alkohologene Keimschädigung.

Damit sind die Betrachtungen über die psychiatrisch erfaßbaren Abweichungen unter den Trinkerkindern abgeschlossen. Alle diese Fälle sind deswegen von besonderer Bedeutung, weil man hier außer der Keimschädigung nur mit der endogenen Vererbung zu rechnen hat (abgesehen von der berücksichtigten Möglichkeit von uterinen und Geburtsschädigungen bei den Schwachsinnigen und dem lediglich modifikatorischen Einfluß des Milieus bei dem Psychopathen) und weil man die weitgehende Unabhängigkeit von Milieueinflüssen bei allen diesen Erkrankungen annehmen darf. Ihnen gleichwertig ist vielleicht nur noch das Vorkommen von gröberen körperlichen (außerzerebralen) Mißbildungen, von denen mir nur drei (eins vor, zwei während der Trunksucht gezeugt) unter den 721 Kindern bekannt geworden sind. Die Zahl ist so klein, daß man sie nicht im Sinne einer Keimschädigung deuten kann.

Der Befund ist für die psychiatrisch erfaßbaren Anomalien und für die körperlichen Mißbildungen bei den Trinkerkindern in bezug auf Keimschädigung im ganzen negativ.

Trotzdem darf man natürlich nicht verkennen, daß die Kinder insgesamt viele psychische Minderwertigkeiten aufweisen. Rechnet man die Epileptiker, Idioten, Imbezillen, Psychopathen und Psychosen zusammen, so sind pathologisch:

voralkoholisch . . . . 27 von 264 = 10,2%
alkoholisch . . . . 49 von 457 = 10,7%,

rechnet man die nicht exakt abgrenzbaren 24 : 51 Debilen hinzu, so erhöhen sich die Prozentzahlen auf 19,3% bzw. 21,8%. Diese Zahlen sind hoch und scheinen im Gegensatz zu stehen zu denen *Pohlischs*. Die Erklärung liegt aber zum größten Teil darin, daß mein Probandenmaterial ein psychisch viel minderwertigeres ist. Offenbar hat ähnlich

psychopathisches Ausgangsmaterial auch vielen früheren Autoren vorgelegen und diese zu der Annahme gebracht, daß hier lediglich Keimschädigung bei den Kindern zum Ausdruck komme.

Ob man auf die kleine Differenz von 0,5% (2,5% bei Einschluß der Debilen) zu ungunsten der »alkoholischen« Kinder Wert legen soll, erscheint mir recht zweifelhaft. Ich wage nicht, sie im Sinne einer alkoholischen Keimschädigung zu deuten, besonders nicht, da sich ja keine sichere Zunahme der Debilitäten mit der Dauer des Gewohnheitstrinkens hat nachweisen lassen. Wahrscheinlicher ist mir, daß sich in dieser Differenz, wenn man sie überhaupt bewerten will, Milieuschäden geltend machen, die ich bei den Debilen ja auch in gewissem Grade erwartet habe.

Bei allen übrigen weiterhin zu untersuchenden krankhaften Abweichungen hat man mit dem großen Einfluß der bekanntlich schlechten Umweltsbedingungen in Trinkerfamilien zu rechnen. Es wird unmöglich sein, diesen Einfluß ganz auszuschalten.

Das Bild ist dementsprechend auch etwas anders. Zahlenmäßig bieten die Totgeburten (7: 9) und die Säuglingssterblichkeit (52: 77) nichts besonderes. Die Letztere ist allerdings hoch (19,7%: 16,8%), aber vor Beginn des Potus noch höher als später. Die größere Sterblichkeit der ersten Kinder prägt sich trotz der später einsetzenden Trunksucht noch deutlich aus. Zu bedenken ist aber auch, daß die voralkoholischen Kinder im Durchschnitt früher geboren sind, d. h. in Jahren, in denen die Säuglingssterblichkeit allgemein noch höher war.

Auffallend ist aber die hohe Sterblichkeit der Säuglinge unter spasmophilen Erscheinungen (Kinderkrämpfen) bei den während des Potus Gezeugten (5: 22!) und auch der an Spasmophilie erkrankt geswesenen Überlebenden (1: 6). Die Zahlen sind nicht ganz zuverlässig und erklären sich z. T. daraus, daß die Trinker und auch deren Ehefrauen bei den weit zurückliegenden Geburten die Todesursachen vergessen haben. Ähnlich, wenn auch nicht so auffallend, sind die Zahlen bei der Rhachitis (13: 28). Hier mag bezüglich des Vergessens auch das für die Spasmophilie Gesagte gelten, doch sind die rhachitischen Schäden oft dauernd und prägen sich dadurch besser dem Gedächtnis ein. — Ich möchte es trotz der genannten Unzulänglichkeiten aber doch bei Spasmophilie und Rhachitis für wahrscheinlich halten, daß sich hier der schädigende Einfluß der erschwerten Ernährung und mangelhaften Wartung der Säuglinge bei wirtschaftlicher Zerrüttung durch die Trunksucht des Vaters geltend macht. Man kann dies um so eher, als jetzt Spasmophilie und Rhachitis als Erkrankungen erkannt sind, die in der Hauptsache auf alimentäre- und Pflege-Schäden der Säuglinge zurückzuführen sind. Nebenbei wird man in diesen Fällen natürlich auch die Möglichkeit des Mitwirkens von Keimschädigung im Auge

behalten müssen, sie können aber nicht etwa für Keimschädigung beweisend sein.

Mit einer weiteren Unbekannten ist zu rechnen bei der Errechnung der Erkrankungs- und Sterbeziffern bei Infektionskrankheiten, nämlich mit der Infektionsmöglickeit. Diese braucht ja gar nichts mit körperlicher Schwächlichkeit, mit besonderer Empfänglichkeit usw. zu tun zu haben, sondern ist ganz anderen Gesetzen unterworfen. Ich erwähne diese Fälle auch nur, weil sie oft Anlaß gegeben haben zu Vermutungen über die besondere körperliche Hinfälligkeit der Trinkerkinder. Die Morbidität ergab ebensowenig Gesetzmäßigkeiten wie die Mortalität an Infektionskrankheiten einschließlich Tuberkulose (18: 20).

Zu untersuchen wäre noch gewesen die körperliche Schwächlichkeit und das Längenwachstum der Trinkerkinder, da ein Hervortreten beider Merkmale u. a. auch auf Keimschädigung zurückgeführt werden kann. Besonders wichtig wären solche Untersuchungen gewesen, weil *Bratz*, wie ich aus seinen mir gütigst überlassenen Aufzeichnungen ersehe, da deutliche Unterschiede zu ungunsten der »alkoholischen« Kinder fand. Auch *Dittmer* erwähnt sie in seiner Dissertation. Leider konnte ich diese — genaue Messungen und Inspektion in allen Fällen erfordernden — Untersuchungen an meinem Material nicht durchführen, da es nicht möglich war, mit allen Kindern in direkte Fühlung zu kommen. Sollten solche Untersuchungen einmal an einem anderen Material vorgenommen werden, so ist gerade hier ganz besondere Vorsicht vonnöten, da einmal Milieuschäden zu berücksichtigen, da ferner die Gesetze und modifizierenden Bedingungen des Längenwachstums nicht leicht zu überblicken sind.

Eine Untersuchung der Stillfähigkeit der Trinkertöchter mußte auch unterbleiben, weil unter Berliner Verhältnissen der geringe Stillwillen eine so überragende Rolle spielt, daß man ihn nicht einfach unberücksichtigt lassen kann, wie es z. B. *Bunge* getan hat.

Von mehr soziologischem Interesse ist schließlich noch, inwieweit die Trinkerkinder in ihrem sozialen Niveau von dem der Trinker selbst abweichen. Eine summarische Übersicht gibt die folgende Aufstellung:

	Trinker	Söhne	Töchter
I. Ungelernte Arbeiter(innen), (Hausmädchen)	29,5%	31%	38,3%
II. Facharb. Handwerker, unt. Beamte (Verkäuferinnen, Näherinnen)	61%	45%	22,2%
III. Kaufm. Angestellte, kl. und mittl. Kaufleute, Techniker (Buchhalterinnen, Telephonistinnen)	6,5%	22%	38,5%
IV. Akademiker, Großkaufleute, Künstler usw.	3%	2%	1%

Das Ergebnis ist nicht einheitlich. Dem Anwachsen der Gruppe der Ungelernten steht gegenüber ein starker Aufstieg zur Gruppe III

der gehobeneren Berufe. Man wird diese Umschichtung nicht ohne weiteres mit dem Alkohol in Verbindung bringen dürfen, sondern sie eher betrachten müssen im Zusammenhang mit einer Umwandlung in den Berliner Arbeitsbedindungen überhaupt. Jedenfalls sprechen die Zahlen nicht für ein allgemeines Absinken des sozialen Niveaus der Trinkerkinder. Die Unterscheidung in vor und während des Potus Gezeugte konnte hier unterbleiben, weil dieser Nebenbefund nicht unbedingt abhängig ist von der Frage der Keimschädigung.

Ich kann das Ergebnis meiner Untersuchung der 721 Kinder von 200 schweren Gewohnheitstrinkern dahin zusammenfassen, daß sich hinsichtlich des Vorkommens von Epilepsie, angeborenem Schwachsinn, Psychopathie, endogenen Psychosen und körperlichen Mißbildungen keine sicheren Anhaltspunkte dafür ergeben haben, daß diese Anomalien auf Keimschädigung zurückzuführen wären. Das an sich häufige Vorkommen psychisch abnormer Zustände unter den Trinkerkindern läßt sich bei Würdigung aller Umstände befriedigend durch endogene Vererbung und Einfluß von Milieuschäden erklären. Dieser Nachweis läßt sich erbringen durch Scheidung der vor dem chronischen Alkoholmißbrauch Gezeugten von den während des Gewohnheitstrinkens Gezeugten und durch Beobachtung der Häufigkeit der genannten Anomalien bei zunehmender Dauer des Trinkens der Väter.

Das für die obigen Gruppen Gesagte gilt ebenfalls für die Säuglingssterblichkeit, Totgeburten, Infektionskrankheiten.

Verhältnismäßig groß im Vergleich zu den Befunden bei den vor dem Gewohnheitstrinken gezeugten Kindern ist lediglich das Vorkommen von Spasmophilie und Rhachitis unter den während der Trunksucht gezeugten Kindern. Doch ist auch dieser Befund durch die schlechteren Umweltsbedingungen während der Trunksucht des Vaters ausreichend erklärt. Die Möglichkeit keimschädigenden Einflusses des Alkohols kann bei diesen Fällen jedoch nicht ganz abgelehnt werden.

Literatur.

Bezüglich der Literatur verweise ich auf die ausgezeichnete Zusammenstellung von *Wlassak* in »Grundriß der Alkoholfrage«. Leipzig 1929.

Außerdem ist als wesentlich anzuführen:

Baur, Fischer, Lenz, Grundriß d. menschl. Erblichk.-Lehre. München 1923.

Berze, Beitr. z. psychiatr. Erblichk. u. Konstitutionsf. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 87.

Boß, Zur Frage der erbbiolog. Bedeutung des Alkohols. Mon. f. Psych. Bd. 72 S. 264.

Dittmer, Die Zusammenarbeit d. Guttemplerordens m. d. städt. Alkoholfürs.-Stelle in Charlottenburg. Diss. Berlin 1922.

Döderlein, Strahlenbehandlung u. Nachkommenschaft. D. med. Wo. 1928 Nr. 48.

Entres, »Vererbung, Keimschädigung« im Handbuch d. Geisteskrankheiten v. Bumke. Berlin 1928.
Fischer, Strahlenbehandlung und Nachkommenschaft. D. med. Wo. 1929 Nr. 3.
Hildebrandt, Norm u. Entartg. d. Menschen, 1920.
Hoffmann, Vererbg. u. Seelenleben, Berlin 1922.
Kehrer-Kretschmer, Veranlagung zu seelischen Störungen. Berlin 1924.
Küffner, Epilepsie u. Alk., Z. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 11.
Pohlisch, Die Nachkommensch. Del. tremens-Kranker Mon.-schr. f. Psych. u. Neur. Bd. 64.
Rüdin, Über Vererbg. geist. Störungen. Z. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 81.
Rüdin, Erblichk. u. Psychiatr. ebenda. Bd. 93.
Rost u. *Wolf*, Z. Frage d. Beeinflussg. d. Nachkommenschaft. Arch. f. Hyg. Bd. 95.
Wintz, D. med. Wochschr. 1928 S. 1667.

Metaluesprobleme unter dem Gesichtswinkel der Fieberbehandlung.

Von

Dr. Heinz Klare, Anstaltsarzt.

Die diagnostische Sicherstellung metaluetischer Prozesse bietet infolge der in der letzten Zeit immer mehr verfeinerten klinischen, serologischen und pathologisch-anatomischen Diagnostik zumeist keine Besonderheiten mehr. Schwieriger wird die Beurteilung, wenn zwar der klinische Befund und die Lues der Vorgeschichte auf eine metaluetische Störung hinweisen, der negative serologische Befund jedoch oder involutive und arteriosklerotische Prozesse das Krankheitsbild verwischen. Die Erkennung der Psychosen des abklingenden Lebensalters kann hierdurch außerordentlich erschwert sein.

Von *Spielmeyer*, *Plaut*, *Schröder* u. a. ist versucht worden, diese atypischen Prozesse einer Klärung näher zu bringen. Es wurde darauf hingewiesen, daß es bisher an genügenden Einzelerfahrungen fehle, in welchem Umfange bei klinisch atypischen Fällen der Metalues das serologische, insbesondere das histologische Bild Besonderheiten darbieten könne. *Jakob* und *Kafka* haben Paralysen beschrieben, die im Zustandsbilde und Verlauf von den üblichen paralytischen Bildern erheblich abwichen und serologisch oder histologisch eigenartige Befunde ergaben.

Wie groß die Schwierigkeiten sind, die sich der diagnostischen Beurteilung entgegenstellen können, zeigt ein Fall, dessen anatomische Untersuchung wir der Liebenswürdigkeit Prof. *Spielmeyers* verdanken.

Es handelte sich um einen 46 Jahre alten, 1906 mit Lues infizierten Mann

K.....sch, der bis zu der 20 Jahre später erfolgten seelischen Erkrankung ein erstklassiges Zuschneidergeschäft betrieben hatte. Vier Wochen vor Aufnahme in die Anstalt erfolgte ohne vorherige Anzeichen ein leichter Schlaganfall im Schlaf. Nach dem Erwachen bestanden für kurze Zeit Sprachverlust und Bewegungslosigkeit des rechten Armes, sowie Schmerzen im Hinterkopf und Wirrheit im ganzen Schädel. Nach kurz vorübergehender Erholung Nachlassen der Arbeitsfähigkeit, Vergeßlichkeit, Reizbarkeit, Schwindel, Frostgefühl, Potenzschwäche.

K., der bis zur Aufnahme in die Anstalt gearbeitet hatte, fiel einem Arzt, der sich bei ihm einen Anzug anfertigen ließ, durch Fehler beim Zuschneiden auf. Dieser Kollege stellte Pupillenstarre fest und überwies ihn zur Malariakur den Wittenauer Heilstätten. — Die Untersuchung ergab reflektorische Pupillenstarre, lebhafte Kniesehnenreflexe, artikulatorische Sprachstörung bei Testworten und Mitflattern der Gesichtsmuskulatur. Die Schrift wies schwere Veränderungen auf, wie sie sich bei Paralytikern finden.

Die Merkfähigkeit war stark herabgesetzt. Auch die logischen Denkleistungen waren reduziert, besonders beim Rechnen traten grobe Fehler auf (11 mal 12 = 72).

K....sch machte seine Angaben in geordneter Weise. Krankheitseinsicht war vorhanden, jedoch bestand eine gewisse Affektlosigkeit bei Besprechung seines Leidens. Wahnideen oder Sinnestäuschungen konnten nicht nachgewiesen werden.

Auffallenderweise war die im Institut für Infektionskrankheiten *R. Koch* vorgenommene serologische Untersuchung sowohl im Blut wie auch im Liquor in jeder Hinsicht negativ. Eine zehn Tage später nochmals vorgenommene serologische Untersuchung ergab Wa. Re. im Blut schwach positiv, Wa. Re. im Liquor negativ, Mastix = $^1/_8$; (zweifelhaft). Siliquid verdächtig, Pandy schwach, keine Zellvermehrung.

Nach dem vierten Fieberanfall, der 14 Tage nach der Malariaimpfung auftrat, plötzlicher Exitus, ohne daß sich vorher besondere Blutdrucksenkung oder Kreislaufstörungen gezeigt hätten.

Sektion: schlaffes Herz, Malariamilz. Aorta und Kranzgefäße des Herzens etwas sklerosiert. Gehirngefäße zart. Leichte Erweiterung der Gehirnventrikel. Eisenreaktion negativ.

Die mikroskopische Untersuchung durch Professor *Spielmeyer* ergab keinerlei Anzeichen für eine Paralyse, weder für eine stationäre Form noch für einen abgeklungenen paralytischen Prozeß. Morphologische Zeichen, die einer der wohlbekannten Formen der Hirnlues entsprochen hätten, waren ebenfalls nicht vorhanden. Auch für Arteriosklerose oder Enzephalitis ergaben sich keinerlei Anhaltspunkte.

Dagegen fanden sich Veränderungen chronisch diffuser Art mit Schrumpfungserscheinungen der Rindenzellen, besonders in der oberen Hälfte des Rindenbandes, mäßige Ganglienzellenausfälle in den gleichen Schichten und Zunahme der gliösen Elemente. Im Hirnstamm, besonders im Übergang nach dem Rückenmark zu war Krankhaftes nicht festzustellen.

Wenn auch diese Veränderungen in der Hirnrinde für einen

bestimmten Prozeß nicht verwertet werden konnten, so mußten wegen ihrer Erheblichkeit die psychischen Ausfallserscheinungen doch auf die mikroskopischen Veränderungen bezogen werden. Über ihre ursächliche Entstehung insbesondere über die Rolle, die die frühere Lues gespielt hat, war Klarheit nicht zu gewinnen.

Der Fall lehrt, welche abweichenden anatomischen Befunde wir erhalten können, wenn das klinische Bild zwar für eine Paralyse spricht, der serologische Befund jedoch nicht charakteristisch ist, und mit welcher diagnostischen Vorsicht wir diese Fälle zu betrachten haben. Trotz des in diesem Einzelfall erfolgten unglücklichen Ausganges können wir auf Grund unserer weiteren Erfahrungen von dem Versuch einer Malariakur bei klinisch und serologisch ähnlich gelagerten Fällen nicht abraten, da wir die Möglichkeit, daß es sich doch um einen metaluetischen Prozeß handelt, bei diesen Formen niemals ausschließen können.

Auf die Sonderstellungen paralytischer Zustandsbilder, die zwar serologisch einwandfrei auf Paralyse hinweisen, in ihrem psychischen Gepräge jedoch ein atypisches Bild ergeben, ist in der letzten Zeit wiederholt hingewiesen worden. Gemeint sind die schizophrenen, katatonen oder zyklischen Formen, die den entsprechenden nicht paralytischen Psychosen außerordentlich ähnlich sehen können. Man hat sich früher mit der Feststellung begnügt, daß eben die Paralyse alle möglichen Krankheitsbilder auslösen könne und ist erst in der letzten Zeit auf die Kompliziertheit der Problemstellung aufmerksam geworden.

Das Studium dieser Formen kann besonders fruchtbringend dadurch wirken, daß es uns Einblick in den Mechanismus der anatomisch bisher nicht faßbaren Psychosen gewährt.

Schröder meint, gerade die organischen Psychosen mit katatonen Symptomen könnten darüber Aufschluß geben, inwieweit die *Wernicke*sche Idee gerechtfertigt sei, daß zum mindesten ein Teil der elementaren hyperkinetischen und akinetischen Erscheinungen an lokalisierte Veränderungen im Großhirn gebunden sei. *Häfner* kam auf Grund seiner Beobachtung zu der Ansicht, daß die Abhängigkeit katatoner Erscheinungen von evtl. zerebralen Prozessen wahrscheinlich durch die Örtlichkeit der letzteren bedingt ist.

Besonders hingewiesen sei in diesem Zusammenhang auf die Arbeiten der Kleistschen Schule, die durch Auswertung der hirnpathologischen Kriegserfahrungen und der organischen Gehirnkrankheiten gerade hinsichtlich der katatonen Erscheinungsformen neue Aufschlüsse gegeben haben. Zweifellos ist durch diese Untersuchungen in besonderem Maße für die sprachlichen und grammatischen Störungen, die Paralogien und psychomotorischen Entäußerungen der Schizophrenie eine Anbahnung hirnpathologischen Verständnisses erfolgt.

Die Frage, die uns hier beschäftigt, warum in Einzelfällen bei der Paralyse katatone Bilder entstehen, läßt sich jedoch allein durch Lokalisation nicht lösen. Das Problem ist vielseitiger Natur, da außer lokalisatorischen auch psychologische Erwägungen und erbbiologische Momente herangezogen werden müssen. Wie sehr gerade die Erbfaktoren bei Auslösung des katatonen Zustandsbildes mitsprechen, lehrt ein Fall, der sich zur Zeit in den Wittenauer Heilstätten befindet.

Aus der Vorgeschichte des Patienten Kö..... ist hervorzuheben, daß die Schwester des Vaters in den Wechseljahren geisteskrank war. Der Sohn einer anderen Schwester mußte im Alter von 40 Jahren wegen Geistesstörung in einer Irrenanstalt untergebracht werden. Zwei Schwestern des Patienten waren geistig gesund. Eine dritte Schwester erkrankte schizophren nach dem Lehrerinnenexamen. Sie starb in der Anstalt Teupitz an Lungentuberkulose. Ein Bruder erkrankte im Assessorexamen an einer paranoid gefärbten Schizophrenie. Er befindet sich gegenwärtig in den Wittenauer Heilstätten.

Patient selbt hatte 1913 mit 22 Jahren eine syphilitische Infektion. 1919 wurde er im Wesen verändert; er war unzufrieden, neigte zum Querulieren. In seinem Berufe als Handlungsgehilfe konnte er keinen festen Fuß fassen, wurde im Laufe der Jahre immer reizbarer. Im Juni 1928 wurde er von einem Auto angefahren; nach kurzer Bewußtlosigkeit kam er wieder zu sich.

Im Juli 1928 gab er geheimnisvoll an, die Leute auf der Straße beobachteten und verfolgten ihn. Er horchte am Fenster, bezog Gleichgültiges auf sich, sprach von Beschuldigungen, solle ein Verbrecher sein.

Bei der Aufnahme war er affektlos maniriert, er bezog seine Beschwerden auf die erlittene Gehirnerschütterung, fragte öfters, ob er ermordert werden solle. Man wolle Chlor in sein Zimmer spritzen. Es bestanden Sinnestäuschungen und Grimmassieren.

Der körperliche Befund ergab keine sicheren artikulatorischen Störungen. Patient entstellte die Worte durch Hüsteln und Räuspern. Die Pupillen waren different, etwas über mittelweit, die linke größer als die rechte. Lichtreaktion außerordentlich unausgiebig. Wa. Re. im Blut und Liquor positiv. Mastix: Paralysekurve. Zellen nicht vermehrt. Pandy und Siliquid positiv. Am 6. 8. 1928 trat ein Anfall mit Zuckungen, Cyanose und vorübergehender Sprachlähmung auf. In den weiteren Monaten waren stuporöse Erscheinungen mit Nahrungsverweigerung und gelegentlich Verfolgungsgedanken vorhanden. In letzter Zeit bestanden Nahrungsverweigerung, starke Hemmung und Mutismus fort.

Der Fall zeigt das Vorliegen eines wahnhaft gefärbten katatonen Zustandsbildes mit seropositivem Befunde und Pupillensymptomen. Die ungewöhnliche schizophrene Belastung hat bei K. möglicherweise zu einer Unterwertigkeit der den schizophrenen Verblödungsformen zugeordneten Substrate geführt, so daß der paralytische Prozeß erleichterte Auslösungsbedingungen vorfand. Man würde bei dieser Annahme von einer symptomatischen Katatonie bei Paralyse sprechen können. Die Möglichkeit, daß es sich auch um eine zufällige Zusammenkoppelung von Krankheitserscheinungen beider Psychosen handelt, ist jedoch ebenfalls nicht von der Hand

zu weisen, mag die Katatonie völlig aus sich heraus entstanden sein oder durch den metaluetischen Prozeß einen Anstoß erhalten haben.

Daß ein krankhafter Hirnprozeß mit grob organischen Ausfallserscheinungen vorliegt, bedarf im Hinblick auf den erlittenen Schlaganfall keinerlei Erörterung.

Vielleicht wird eine Klärung der verschiedenen Möglichkeiten der Ausgang einer Malariakur bringen, der Kö... jetzt unterzogen wird. Ein auffallend günstiges Ergebnis würde dafür sprechen, daß der bei ihm vorhandene katatone Zustand lediglich als Ausdruck des paralytischen Prozesses aufzufassen war. Unsere bisherigen Erfahrungen in Einzelfällen haben allerdings ergeben, daß die schizophrenen Formen der Paralyse nicht sonderlich günstig auf die Malariakur ansprechen. Gelegentlich verschob sich sogar das psychische Bild nach der Kur immer mehr zur schizophrenen Seite, wobei die serologischen Reaktionen schwächer wurden.

Weitaus günstiger war der Erfolg der Malariatherapie bei den zyklischen oder expansiv euphorischen Paralysen, wie auch von anderer Seite vielfach berichtet worden ist. Daß auch bei diesen Formen erbbiologische oder Persönlichkeitswirkungen das Gefüge des psychischen Krankheitsbildes bestimmen können, ist durch Untersuchungen *Pernets*, *Wildermuths* und besonders durch die Forschungen *Birnbaums* über die Wechselwirkungen zwischen Persönlichkeit und Psychose geklärt worden.

Allerdings konnten wir bei unseren Untersuchungen im Gegensatz zu *Pernet* aus dem Vergleich und der Erforschung der praepsychotischen Persönlichkeit Anhaltspunkte für die bei der Paralyse so häufig auftretenden expansiven und euphorischen Formen nicht gewinnen.

Wir versuchten bei unseren Untersuchungen, die des Raumes halber hier nur gestreift werden können, eine psychische Reaktionsformel des Kranken dadurch zu finden, daß wir sein Verhalten vor der Krankheit gegenüber exogenen Giften etwa früheren Alkoholräuschen mit dem paralytischen Zustandsbilde verglichen. Bei den euphorisch expansiven oder den depressiv hypochondrischen Paralysen konnte aus dem Verhalten im Alkoholrausch, der ja zu ähnlichen seelischen Reaktionsformen führen kann, Rückschlüsse nicht gezogen werden. Eine gewisse Übereinstimmung sowohl aus der praepsychotischen Persönlichkeit heraus wie aus dem Verhalten im Alkoholrausch ergab sich jedoch bei denjenigen Paralysen, die den Bildern der echten Manie oder Melancholie näher standen.

Alle diese Fragen bedürfen jedoch eingehender Prüfung an Hand zahlreicher Fälle, wobei auch zu untersuchen wäre, ob die durch Persönlichkeitseinwirkung oder erbbiologische Faktoren entstandene Bereitschaft zu schizophrenen oder manischen Paralysen

eine auffällige Verkürzung der Latenzzeit und vorzeitige Auslösung der Paralyse zur Folge hat.

In diesem Zusammenhang sei mit einigen Worten auf die frühzeitige Erkennung der Paralysen eingegangen, deren Wichtigkeit angesichts der Erfolge der Fieberkuren nicht genug betont werden kann. Außer den allgemein bekannten Symptomen, der gesteigerten Reizbarkeit, dem Nachlassen des Interesses, der Charakterveränderung usw., die vielfach so unbestimmt sind, daß sie über die Diagnose lange Zeit hinwegtäuschen, sei auf die von mir bereits früher erwähnten exzessiven Nachtschweiße als charakteristisches Frühsymptom der Paralyse hingewiesen.

Für die in den Wittenauer Heilstätten stattfindenden Malariakuren sind insofern besonders günstige Bedingungen geschaffen worden, als durch die im Jahre 1926 erfolgte Gründung der offenen Nervenklinik »Wiesengrund« die Behandlung einer besonders großen Anzahl von Frühfällen der Paralyse neben der Behandlung andersartiger nervöser Störungen ermöglicht worden ist. Auf die vorläufigen Ergebnisse soll am Schluß der Ausführungen näher eingegangen werden. Zuerst sei auf einige Fälle isolierter ethischer Frühdefekte der Paralyse hingewiesen, die nach erfolgreicher Fieberbehandlung im Hinblick auf die Rückkehr des Kranken ins bürgerliche Leben wegen wichtiger forensischer Erwägungen von Bedeutung wurden. Es handelte sich dabei um die Frage, ob ein im »vorparalytischen« Stadium gelegener, zu Straffälligkeit führender sittlicher Mangel ohne nachweisbare intellektuelle Schwäche nur verminderte Zurechnungsfähigkeit oder völlige Straffreiheit im Sinne des § 51 BStGB. nach sich zog.

Vielfach ist es ja so, daß erst nach Verbüßung der Strafe und nach Ausbruch der Paralyse der Verdacht auf eine Unzurechnungsfähigkeit zur Zeit der Straftat auftaucht und zwar besonders dann, wenn das Vorleben Anhaltspunkte für eine kriminelle Neigung nicht geboten hatte.

Kü......, ein unbescholtener Obertelegraphenassistent mit besten Zeugnissen, der in glücklicher Ehe lebte, wurde am 6. 1. 1917 wegen Sittlichkeitsverbrechens in vier Fällen zu einem Jahre sechs Monaten Gefängnis verurteilt. Er hatte im Jahre 1916 mehrere Schulkinder mit zweideutigen Bemerkungen angesprochen und versucht, den Geschlechtsverkehr bei ihnen auszuüben.

In der Strafanstalt richtete K.... am 7. 2. 1917 ein Gesuch um Einstellung in den Heeresdienst. Er bat sein Vergehen milde zu beurteilen, da er sich bei Begehung der Tat in einem nervenübereizten Zustande befunden habe, der in seiner Lebensperiode und in Überarbeitung die Ursache habe. Die ganze Tat sei ihm unverständlich. Früher seien erotische Neigungen zu Kindern nie aufgetreten.

Im September 1917 wurde K. aus der Strafhaft beurlaubt und als k. v. als Sergeant einem Fronttruppenteil zugewiesen, wo er trotz schwächlicher

Körperkräfte bis zum Kriegsschluß verblieb. Wegen irgendwelcher psychischer Absonderlichkeiten ist K. damals nicht aufgefallen.

Nach dem Kriege wurde er wegen der Straftat ohne Gehalt zwangspensioniert.

Im Jahre 1922 begab er sich wegen nervöser Beschwerden in ärztliche Behandlung und unterzog sich, da das Blut positiv befunden wurde, einer Salvarsankur.

Im Jahre 1925 wurde K. von Dr. W. behandelt. Er klagte über Kopfschmerzen, nervöse Sensationen, Ameisenlaufen, Mattigkeit, rasche Ermüdbarkeit, leichte Erregung, Unruhe und Ohnmachtsanfälle. Der gleiche Arzt gab später an, daß er den K... von 1911 bis 1926 wegen Gliederreißens verschiedentlich behandelt habe. Blutwassermann 1925 positiv. Pupillen different, lichtstarr. Areflexie der Knie und Achillessehnen. Sprache artikulatorisch gestört, Stimmung leicht gedrückt. Seit Jahren bestand Potenzverlust.

Im August 1925 wurde K... dem Virchow-Krankenhaus überwiesen, wo er angab, im Alter von 19 Jahren in der aktiven Militärzeit eine syphilitische Erkrankung mit Haarausfall und fleckigem Ausschlag gehabt zu haben. Die Wa. Reaktion sowie die übrigen Reaktionen waren im Blut und Liquor stark positiv.

In den Wittenauer Heilstätten bestand ausgesprochener Größenwahn. Ku... prahlte von seinem Goldlager in Kanada, er wollte die Krankenkassen mit 100 000 M. beschenken, führte Selbstgespräche mit Gott, zeigte die »Weltzeit« an.

Nach Durchführung einer Malariakur wurde von den Angehörigen K.s das Wiederaufnahmeverfahren betrieben. Er wurde auf Grund eines von den Wittenauer Heilstätten erstatteten Gutachtens, das von dem Gerichtsärztlichen Ausschuß bestätigt wurde, von seiner früheren Straftat freigesprochen.

Kü....., ein in der Inflationszeit verarmter Kaufmann hatte in China als Soldat Syphilis erworben. Bis zur Heirat 1905 mehrere Schmierkuren. Seit 1905 häufig Gliederreißen. Von 1921 bis 1926 wegen tabischer Krisen in nervenärztlicher Behandlung. Im Jahre 1926 ließ sich K. plötzlich scheiden, nachdem er nach 22jähriger glücklicher Ehe Ehebruch begangen hatte. Er wurde gleichzeitig in Wechselgeschäfte verwickelt, bei denen er sich dadurch straffällig machte, daß er Wechselakzepte, die er zur Diskontierung übernommen hatte, fälschte und in eigenem Interesse verbrauchte.

Als ihm der Boden zu heiß wurde, reiste er mit seiner Tochter und seinem Schwiegersohn nach St. Nazaire, wurde jedoch auf einem Schiffe, das nach Mexiko fahren sollte, verhaftet. Den Angehörigen fiel er damals lediglich durch ungewöhnliche Lieblosigkeit gegenüber den eigenen Verwandten auf. Ku. wurde wegen Wechselbetruges zu einem Jahr sechs Monaten Gefängnis verurteilt, die er zum größten Teil verbüßte, zumal er sich, wie durch gefängnisärztliche Untersuchung festgestellt wurde, psychisch nicht auffällig erwies. Da jedoch während der Strafhaft Abmagerung und heftige tabische Krisen auftraten, mußte die Haft nach neun Monaten unterbrochen werden.

Bei der Verbringung in die Nervenklinik »Wiesengrund« bestanden außer der tabischen Erkrankung Zeichen für eine beginnende Paralyse. Gedächtnisschwäche, Reizbarkeit, artikulatorische Sprachstörungen, Schwindelanfälle. Die Wa. Reaktion in der Rückenmarksflüssigkeit war positiv. Mastix: Paralysekurve.

Die eben angeführten Fälle bezeugen, wie früh schon vor Ausbruch der Paralyse isoliert ethische Defekte auftreten können, ohne daß das übrige psychische Bild wesentliche Abweichungen aufweist. Im ersten Falle waren neun Jahre vor dem Manifestwerden der Paralyse verflossen. Vorher hatten nur einige Erscheinungen bestanden, die möglicherweise auf eine beginnende Tabes bezogen werden konnten. Auch beim zweiten Fall waren neben der ethischen Depravierung zunächst nur tabische Erscheinungen nachweisbar gewesen.

Es ist besonders von juristischer Seite die Ansicht verfochten worden, daß diese psychischen Defektzustände nicht Ausdruck einer geistigen Störung, sondern der psychopathischen Minderwertigkeit seien, so lange noch die erhaltene Intelligenz das ethische Fühlen korrigieren könne. Diese Anschauung, die *Liszt* vertreten hat,, »daß die Umstände, die mit voller Intensität auftretend die Zurechnungsfähigkeit ausschließen, dann, wenn sie nicht mit voller Intensität auftreten, die Zurechnungsfähigkeit mindern« ist mit Recht schon von *Werner* für die organischen Psychosen bekämpft worden.

Erinnert sei in diesem Zusammenhang an die ethischen Defekte der jugendlichen Enzephalitiker, bei denen der übrige psychische Befund häufig nur sehr unerheblich ist und wo doch der organische Charakter der ethischen Störung klar zutage liegt. Aber auch bei den Taboparalysen ist der durch die Störungen des Trieblebens auftretende ethische Mangel gerade im Vorstadium nichts Ungewöhnliches.

In den beiden hier geschilderten Fällen ist bei dem straffreien Vorleben der Umschwung des ethischen Fühlens so auffällig, daß wir den Beginn der Paralyse schon in die Zeit der Begehung der Straftaten verlegen und den vollen Schutz des § 51 RStGB. in Anwendung bringen müssen.

Während früher die Frage der Wiederaufnahme eines Strafverfahrens für die Paralytiker nur ein theoretisches Interesse hatte, zwingen die Erfolge der Fieberbehandlung, die den Kranken für längere Zeit ins bürgerliche Leben zurückführen, Schritte für die Rehabilitierung zu unternehmen.

Bezüglich der Ergebnisse der in der Nervenklinik »Wiesengrund« durchgeführten Fieberkuren wurde bereits erwähnt, daß nur die Frühfälle in Behandlung genommen wurden. Es hat sich gezeigt, daß durch Fernhaltung der fortgeschrittenen und erregten Paralysen und durch die Schaffung eines offenen Sanatoriums, das von der Hauptanstalt so weit entfernt liegt, daß den Kranken nicht der Gedanke der Nähe der geschlossenen Anstalt auftaucht, die Aufnahme der Paralysen des allerersten Stadiums erleichtert wird.

Es wäre verfrüht, für den Zeitraum von 2 3/4 Jahren, seitdem die Klinik besteht, eingehende Ergebnisse mitteilen zu wollen, die angesichts dieser kurzen Zeit einer Kritik nicht standhalten können.

Immerhin kann gesagt werden, daß die bisherigen Ergebnisse durchaus befriedigen.

Es wurden bisher 215 Malariakuren durchgeführt. Behandelt wurden:

148 Fälle von Paralyse oder Taboparalyse
26 „ „ Lues cerebri
37 „ „ Tabes dorsalis
4 „ „ juveniler Paralyse und Lues spinalis.

Das Durchschnittsalter betrug für die an Paralyse und Lues cerebri Erkrankte je 43 Jahre, für die Tabiker 45 Jahre.

Von den 90 zuerst entlassenen Paralytikern sind Katamnesen erhoben worden. Unter ihnen waren 62 = 68% berufsfähig und vollremittiert, 18 Fälle = 20% konnten als teilremittiert gelten. Sie versagten zwar in ihren Berufen, waren zum Teil pensioniert und invalidisiert worden oder in qualitativ minderem Beruf tätig, hielten sich jedoch ziemlich unauffällig in der Familie. Bei sechs Fällen = 6,6% war wegen Verschlimmerung Aufnahme in eine geschlossene Anstalt notwendig geworden. Vier Fälle = 4,4% verstarben, davon zwei durch Selbstmord.

Die Nachbehandlung wurde mit Bismogenol oder Salvarsan vorgenommen, die in der Nervenklinik oder vom Hausarzt durchgeführt wurde.

Wir verknüpften die Nachbehandlung seit 1926 mit einer intensiven Höhensonnenkur, auf deren möglicherweise günstige Wirkung bei paralytischen Prozessen auch *Hauptmann* hingewiesen hat. Wir verabfolgten mehrmals wöchentlich Quarzlampen Ganzbestrahlungen, die von Sitzung zu Sitzung um je drei Minuten anstiegen, bis zur ausgedehnten Pigmentierung der Haut.

Bei dieser kombinierten Nachkur haben wir einen besonders schnellen Aufstieg der Körperkräfte bei den Malariaanämien beobachtet und glauben, daß die durch die Fieberbehandlung angeregte Bildung der Abwehrstoffe durch die Belichtung der Haut eine wichtige Verstärkung erfährt. Der überaus rasche Ersatz der während der Malariakur zugrunde gegangenen Blutkörperchen und das Steigen des Hämoglobingehaltes konnte von uns verschiedene Male nachgewiesen werden.

Die verhältnismäßige rüstige Körperbeschaffenheit der Frühparalytiker ließ die auffallend geringe Sterblichkeitsziffer in den Malariakuren erkennen. Allerdings führten wir eine besonders sorgfältige Überwachung der Kreislaufsorgane durch, indem wir die besonders von *F. O. Schulze* empfohlene Methode der dauernden Blutdruckmessung anwandten, um einen etwa drohenden Kollaps rechtzeitig voraus zu sehen. Es ist jedoch hierbei von Wichtigkeit zu wissen, daß eine bestimmte Gruppe Kranker im Fieber mit hohen Blutdruckwerten reagiert. Fortgesetzte Messungen ergaben, daß

bei diesen Fällen den physiologischen Gesetzen entsprechend der Blutdruck zumeist im Schüttelfrost am höchsten war und zu Beginn des Fieberanstiegs nachließ.

Beispiel: Patient Dö. Blutdruckdurchschnitt am Tage der Messung 110/65.

11	Uhr	Beginn des Schüttelfrostes	Temp.	36,5	Blutdruck	130/60
½12	„	Schüttelfrost	„	36,8	„	155/60
12	„	Nachlassen des Schüttelfrostes ..	„	39,0	„	140/50
1/21	„	....	„	39,2	„	140/50
1/42	„	....	„	39,4	„	135/50
2	„	....	„	39,6	„	120/55
3	„	....	„	39	„	115/55

Es empfiehlt sich demnach, Blutdruckmessungen während des Fiebers oder des Schüttelfrostes nicht auszuführen, um nicht zu Fehlschlüssen zu gelangen. Die Möglichkeit, daß die starke Steigerung des Blutdruckes im Schüttelfrost in Verbindung mit der bei manchen Metaluetikern vorhandenen Anfälligkeit des Gefäßsystems zu Schädigungen führen kann, ist theoretisch nicht von der Hand zu weisen. Wir glaubten in einem Falle die Möglichkeit eines solchen Zusammenhanges annehmen zu müssen, da bei jedem, mit starker Blutdruckerhöhung einhergehenden Schüttelfrost Blutbrechen auftrat, das nach Coupierung der Fieberanfälle mit Chinin verschwand.

Die an Lues cerebri leidenden Kranken sind grundsätzlich in allen Fällen der Malariakur unterzogen worden. Wir sahen bei den meisten wesentliche Besserungen, besonders der subjektiven Beschwerden. Kopfschmerzen und Schwindelanwandlungen verschwanden. Sehr eindrucksvoll war in einem Fall von Lues cerebri die Beseitigung von Absenzen mit vasomotorischen Anfällen, die vor der Kur fast täglich aufgetreten waren.

Bei den zur Behandlung gelangten Fällen von Tabes dorsalis waren die Erfolge sehr unterschiedlich. Remissionen, die im wesentlichen in der Beseitigung von Krisen bestanden hatten, exazerbierten oft aufs schwerste nach einigen Monaten. Auffallend waren bei einzelnen Tabikern die offenbar durch die Malariakur ausgelösten neuritischen Erscheinungen, die durch Sensibilitätsstörungen, Vertaubungsgefühl und durch Atrophien an den Hand- und Fußmuskeln gekennzeichnet waren. Es handelt sich im wesentlichen um Schädigungen des N. ulnaris u. N. peroneus, die ja durch den tabischen Prozeß besonders anfällig sind. Bei einem Patienten entstand während der Malariakur eine im Verlaufe weniger Monate vorübergehende Lähmung des M. serratus ant.

Verminderungen der Sehschärfe durch die Kur bei Tabikern mit Optikusatrophie sahen wir gelegentlich. Es erfolgte jedoch in allen diesen Fällen nach einigen Wochen Erholung des Sehvermögens, so daß wir bei drohender Erblindung wegen Optikusatrophie in der Fieberkur keine Gegenindikation erblicken können. In einzelnen Fällen trat während der Malariakur eine hartnäckige Ver-

schlimmerung der Ataxie oder Blasenstörungen auf, die schwer zu beseitigen war. Es dürfte sich bei Fällen, die zu diesen Störungen neigen, empfehlen, nicht die zu langer Bettruhe zwingende Malariakur vorzunehmen, sondern eine Rekurrensbehandlung.

Als Wiederholungskur haben wir sowohl bei Tabikern und Paralytikern, die Jahre vorher mit Malaria geimpft und wieder rückfällig geworden waren, mit gelegentlich gutem Erfolge eine kombinierte Malaria-Pyriferkur vorgenommen. Die durch die erste Malariakur erfolgte Immunität ließ noch etwa sechs Fieberanfälle aufkommen, wenn die erste Kur zummindesten drei Jahre zurücklag. Wir ergänzten die Malarianachimpfung durch zehn Pyriferfieberanfälle und erzielten in einer Reihe von Fällen ein sehr befriedigendes Ergebnis.

Es wurde bereits darauf hingewiesen, daß ein Urteil über die in der Nervenklinik Wiesengrund durchgeführten Fieberkuren bei der Frühparalyse erst nach Jahren abgegeben werden kann. Katamnesen dieser Fälle werden uns darüber Aufschluß geben, in wieweit die Behandlung gerade der frühen metaluetischen Krankheitsphasen eine größere und vielleicht dauernde Heilwirkung zu entfalten vermag. Unsere vorläufigen Ergebnisse, die sich mit den Erfahrungen *Gerstmanns* über die Frühparalyse decken, weisen darauf hin, daß der Gedanke, durch Schaffung einer offenen Nervenklinik im Rahmen der großen Heilanstalt die Frühparalysen in möglichst großer Anzahl der Fieberbehandlung zuzuführen, sich als besonders fruchtbringend erwiesen hat.

Literaturverzeichnis.

Birnbaum: Konstitution, Charakter u. Psychose. (Dsch. med. Wochenschrift, Jg. 50, 1924.)

Gerstmann, Wiener Klin. Wochenschrift, Jg. 40, Nr. 13, 1927.

Häfner, Katatone Zustände bei progressiver Paralyse. (Zeitschr. f. die ges. Neurologie u. Psychiatrie, 68. Bd., 1921.)

Hauptmann, Wie können wir der Paralyse und Tabes vorbeugen? (Klin. Wochenschr. 5. Jahrg. 1926.)

Jakob u. *Kafka*, Über atypische Paralysen. Arch. f. Psych. 1913, Bd. 51.

Klare, Zur Erkennung u. Behandlung der Paralyse. (Ärztl. Rundschau Nr. 18 1925.)

Pernet, Über die Bedeutung von Erblichkeit und Vorgeschichte für das klinische Bild der Paralyse. (Berlin, S. Karger 1917.)

Schröder, P., Katatone Zustände bei progr. Paralyse. (Mon. f. Psych. 1916 Bd. 40, H. 1.)

F. O. Schulze, Die Malariabehandlung der Paralyse. (Dsch. med. Wochenschr. Jg. 51, Nr. 45, 1925.)

Werner, Geistig Minderwertige oder Geisteskranke? (Fischers Med. Buchhandlung, H. Kornfeld, Berlin 1906.)

Wildermuth, Die Rolle der Konstitution in der Paralyse. (Med. Korresp. Bl. f. Württemb. Bd. 92, 1922.)

Untersuchungen über die Bedeutung der Lues bei den Oligophrenen der Wittenauer Heilstätten.

Von

Dr. F. Balluff, Anstaltsarzt der Wittenauer Heilstätten und Dr. G. Blumenthal, Oberassistent am Institut „Robert Koch“, Berlin[1]).

In den Erörterungen über eugenische Indikationen spielt die Gruppe der Oligophrenien eine wesentliche Rolle. Trotz vieler diesbezüglicher Arbeiten gibt die ätiologische Erforschung des Schwachsinns wenig gesicherte Grundlagen. Das zeigt sich bereits in der großen Zahl der Faktoren, die — unter sich verschiedenwertig — für die Verursachung von Schwachsinnszuständen geltend gemacht werden: erbliche Belastung und Blutsverwandschaft, toxische und infektiöse Erkrankungen der Eltern (insbesondere Alkoholismus, Lues und Tuberkulose), Keimschädigung, allgemeine Störungen der Ernährung und inneren Sekretion, extrauterine Schädigungen (Frühgeburt und Geburtstrauma), postnatale Traumata und Erkrankungen (Nährschäden, Rhachitis, Enzephalitis). Bei dieser Sachlage scheint es gerechtfertigt, die Untersuchung auf die Mitwirkung eines einzelnen Faktors von der praktischen Bedeutung der Lues einzuschränken, umsomehr als in hiesiger Anstalt weitere Untersuchungen an demselben Krankenbestand geplant sind.

Schon vor der Einführung der serologischen Diagnostik wurde der Anteil der Lues auf 10—15% aller Fälle von Oligophrenien berechnet. Eine Reihe von Autoren versuchte dann mit Hilfe der Wassermann'schen Reaktion diesen Zusammenhang zu klären.

Wir haben in einer nach *Dollinger* erweiterten und bis auf den heutigen Stand ergänzten Tabelle die wesentlichen Arbeiten darüber zusammengestellt.

Danach schwankten die Ergebnisse positiver Befunde im Blut bei den Autoren zwischen 3,5 und 44%.

Wir greifen die Arbeit von *Lippmann* heraus, der in 13,2% der Dalldorfer Fälle positive Reaktionen erzielte und bei Hinzunahme klinischer und anamnestischer Daten den Anteil der Lues sogar auf 40% berechnete.

Von den späteren Untersuchern fanden 1924 *Liebers* und *Maaß* bei 178 idiotischen Kindern in 4,5% positive Reaktionen im Blut und 3% positive Reaktionen im Liquor. Sie zogen im Unterschied zu den bisher genannten Arbeiten auch die Liquoruntersuchung in größerem Maße heran. Bei der Art der Aufnahmen ihrer Anstalten erwarteten sie von vornherein einen geringeren Anteil kongenitalluetischer Fälle.

---

[1]) Serologische Abteilung. Direktor: Geheimrat Prof. Dr. *Otto*.



Erweiterte Tabelle von *Dollinger*.

Autoren	Zahl der Fälle	Wa. R. positiv	in %	Art des Materials
Atwood	204	30	14,7	Hochgradig defekte Kinder
Brückner, Uchtspringe	216	16	7,4	(4 Fälle liquornegativ bei sicherer hereditärer Lues)
Lippmann, Uchtspringe	78	8	9,0	Bis 20 Jahre alte Kinder
Lippmann, Dalldorf	121	16	13,2	
Kröber	262	56	21,4	
Gordon	400	66	16,5	Angeborene Idiotie
Rehm	45	3	6,7	Tiefstehendste Idioten
Thomson, *Boas*, *Hjort* u. *Leschly*	143	5	3,5	Bis 10 Jahre alte Kinder
Dollinger	70	4	5,7	Bis 3 Jahre alte Kinder
Pastori	209	44	21,0	Schwachsinnige und schwachbegabte Kinder (weitere 33,5 % klinisch erbsyphilitisch)
Liebers und *Maaß*	178	8	4,5	Idioten (3,0 % auch hier liquorpositiv)
Kaufmann	93	40	44,0	Leichteste Formen des heredosyphilitischen Schwachsinns
Rüdin	350	56	16,0	Hilfsschulkinder

Kaufmann untersuchte 1928 93 debile Schüler einer Hilfsschule. Sie betont, daß das Ergebnis von 44% positiver *Wassermann*scher Reaktionen im Blut besondere Einschränkungen notwendig mache.

Rüdin berichtet über eine groß angelegte Untersuchung von Hilfsschulkindern Münchens. Von 350 Hilfsschulkindern erwiesen sich 94 = 26,8% als luetisch. Bei einer I. Gruppe ergaben 56 = 16% eine positive Wa-R. im Blut. Bei einer II. Gruppe mit negativem Wassermann im Blut zeigten 17 = 4,86% der Kinder klinisch eindeutige Zeichen für Lues. In der III. Gruppe wurde bei negativem Wassermann und Fehlen klinischer Anzeichen die Lues von 21 = 6% der Kinder aus einer sicheren Lues der Eltern und der Geschwister erschlossen. In einer zweiten Untersuchungsreihe waren unter 107 Schülern 23 = 21,5% luetisch.

Diese weitgehenden Abweichungen der angeführten Ergebnisse erklären sich vorwiegend aus der Verschiedenheit des Ausgangsmaterials, das sich hinsichtlich des Untersuchungsgebietes (Groß-

stadt-Land), des Alters der Patienten und des Grades ihres geistigen Defektes voneinander unterscheidet.

Bei dieser Einschränkung der Vergleichbarkeit der von verschiedenen Untersuchern an verschiedenen Orten gewonnenen Ergebnisse ist für die vorliegende Untersuchung der Umstand besonders günstig, daß *Lippmanns* Untersuchungen aus dem Jahre 1910 sich zum größten Teil auf Dalldorf beziehen. Wir haben dadurch die Möglichkeit, die Bedeutung der Lues in einem großstädtischen Aufnahmebezirk zu verschiedenen Zeiten zu vergleichen.

Der Aufbau der Wittenauer Heilstätten aus zahlreichen Gliedabteilungen gab uns ferner die Möglichkeit, nach Alter und geistigem Defekt wesentlich verschiedene Gruppen heranzuziehen. Im ganzen wurden rund 180 Individuen untersucht.

Gruppe A umfaßt vorwiegend Fälle aus dem »Kinderhort«, dem Aufnahmehaus für bildungsunfähige, tiefstehende Kinder.

Gruppe B setzt sich in ihrem Kern aus den Zöglingen des »Erziehungsheimes« zusammen. Hier finden bildungsfähige, schwachsinnige Kinder, die im Schulziel kaum hinter den Hilfsschülern zurückbleiben, Aufnahme.

Gruppe C ist aus klinisch einwandfreien Fällen juveniler Paralyse gebildet. Sie dient nur zum Vergleich der serologischen, insbesondere der Liquorbefunde.

Gruppe D vereinigt der Anstaltspflege bedürftige oligophrene Patienten aus allen Abteilungen der Anstalt. Sie haben sämtlich das 20. Jahr überschritten, während die Hauptgruppen A und B unter der Altersstufe von 20 Jahren, meist zwischen 3 und 14 Jahren bleiben. Epileptische Kinder schieden von der Untersuchung aus. Für die Frage der Beziehung zwischen Lues und Oligophrenie lassen sich nur Gruppe A und B auswerten.

Die serologische Untersuchung erstreckte sich in sämtlichen Fällen auf Blut und Liquor, und zwar wurde jedesmal die Original-Wassermann'sche Reaktion angesetzt, daneben für die Liquoruntersuchung noch die Siliquidreaktion und, falls das Material reichte, auch die Mastixreaktion herangezogen. Die Ausschläge dieser beiden kolloidalen Reaktionen stimmten meist miteinander überein.

Der Liquor wurde regelmäßig durch Lumbalpunktion entnommen. Bedenkliche Störungen wurden in keinem der Fälle beobachtet. Gelegentlich traten bei den Kindern, die nur schwer ruhig zu stellen waren, 3—4 Tage nach der Punktion Krankheitsgefühl, Kopfschmerzen, Erbrechen auf. Diese Erscheinungen hielten länger als die üblichen Punktionsbeschwerden Erwachsener an. Krankheiten, denen eine nicht spezifische Beinflussung der Wassermann'schen Reaktion zugeschrieben werden könnte, lagen in der Zeit der Untersuchung nicht vor.

Tabelle A.

Positive Befunde bei 88 bildungsunfähigen, schwachsinnigen Kindern.

Nr.	Name	Alter	Blut Wa-R.	Liquor Wa-R.	Liquor Mastix R.	Liquor Siliquid-R.	Bemerkungen.
1.	Heinz B.	7	+++/++++	—	—	—	
2.	Fritz D.	5	++++	—	—	—	
3.	Erwin F.	5	+++/++++	—	—	—	
4.	Martin F.	4	+++	—	—	—	
5.	Heinz G.	4	+++	—	—	—	Bruder von Hilde G.
6.	Herbert G.	5	++++	—	—	—	
7.	Harry H.	3	+	—	—	—	
8.	Kurt H.	5	+++/++++	+	—	—	
9.	Eberhard H.	5	+++/++++	—	—	—	
10.	Günther K.	5	+++/++++	+	—	—	
11.	Johannes M.	3	++++	—	—	—	
12.	Rudi M.	5	+++/++++	—	—	—	
13.	Werner N.	4	+++/++++	—	—	—	Obduktionsbefund verdächtig. Histol. Untersuchung noch nicht abgeschlossen.
14.	Erich R.	4	++++/+++	—	—	—	
15.	Heinz S.	2	++++	—	—	—	
16.	Karl Heinz W.	3	+++	—	—	—	
17.	Harry Z.	4	++++/+++	—	—	—	
18.	Liselotte B.	4	++++	—	—	—	
19.	Ingeborg D.	4	+++/++++	—	—	—	
20.	Lotte E.	5	++++	—	—	—	
21.	Martha F.	2	++++/+++	—	—	—	
22.	Hilde G.	3	+++/++++	—	—	—	Schwester von Heinz G.
23.	Anneliese G.	3	+++/++++	—	—	—	
24.	Hildegard H.	3	++++	±	—	—	
25.	Ursula H.	2	+++/++++	—	—	—	
26.	Gertrud H.	4	++	—	—	—	Behandelte Lues.
27.	Marianne J.	8	+++/++++	—	—	—	
28.	Gerda K.	6	++++	—	—	—	
29.	Gertrud K.	15	++++	—	—	—	
30.	Ursula L.	8	++	—	—	—	
31.	Gertrud M.	4	+++	—	—	—	
32.	Elsbeth N.	10	—	—	—	+	Mongoloid.
33.	Grete N.	8	++++	—	1:16++ zweifelhaft	±	Behandelte Lues.

Zeichenerklärung: Die Kreuze drücken die Stärke der Reaktion aus, beginnend mit + bis zu ++++. ± = nicht glatt negativ, — = negativ, o = Reaktion nicht ausgeführt.

Nr.	Name	Altar	Blut Wa-R.	Liquor Wa-R.	Liquor MastixR.	Liquor Siliquid-R.	Bemerkungen.
34.	Frida P.	11	+++	—	—	+	Durch Obduktionsbefund bestätigt.
35.	Margarete R.	4	++++	—	—	—	
36.	Frida R.	1	+++	—	—	—	
37.	Gertrud S.	3	++++	—	—	—	
38.	Elfriede S.	3	+++	—	—	—	
39.	Annemarie S.	6	+++	—	—	—	
40.	Elisabeth S.	7	++++/+++	—	—	—	
41.	Ingeborg S.	6	++++/+++	—	—	—	
42.	Edith S.	2	++++/+++	—	—	—	
43.	Anneliese T.	5	++++	—	—	—	
44.	Elisabeth V.	4	+++/++++	—	—	—	
45.	Mathilde W.	3	++++/+++	—	—	—	Obduktionsbefund verdächtig. Histol. Untersuchung noch nicht abgeschlossen.
46.	Olga W.	10	+++/++++	—	1 : 8 + zweifelhaft	+	

In Tabelle A haben wir die positiven Befunde unter 88 bildungsunfähigen Kindern zusammengestellt. Von 45 Knaben ergaben 16 (35,56%), von 43 Mädchen 28 (65,12%) einen mehr oder weniger stark positiven Wassermann im Blut. Im Liquor fand sich bei einem Mädchen eine nicht glatt negative (±), bei zwei Knaben eine zweifelhafte (+) Wassermannsche Reaktion, denen wegen ihres geringen Grades keine besondere Bedeutung beizumessen ist. Ferner zeigte die Siliquidreaktion bei zwei Mädchen schwach positiv an, während die gleichzeitig angesetzte Mastixreaktion (mit einer zweifelhaften Ausnahme) bei den Kindern negativ ausfiel, so daß eine entscheidende Bedeutung lediglich der Wassermann'schen Reaktion im Blut zukommt.

Wir erhielten demnach bei unseren 88 Patienten 41 mal stark (+++ bis ++++) und dreimal schwach (++ bis +) positive Ausschläge, insgesamt also in genau 50% der Fälle. Dabei ist zu bemerken, daß bei verschiedenen Kindern die Untersuchung in längeren Zeitabständen und zwar nach einigen Monaten bzw. nach ein bis zwei Jahren wiederholt wurde, wobei meist nur geringe Schwankungen der Reaktionsstärke festgestellt wurden. Allerdings kamen auch vereinzelt Fälle vor, die anfangs deutlich positiv reagiert hatten und bei der Nachuntersuchung nicht glatt oder ganz negativ ausfielen. Nach Möglichkeit haben wir diese Fälle noch weiter nachkontrolliert und dann in der Regel wieder in Bestätigung der ersten Prüfung ein positives Resultat erhalten. Aus diesem Grunde haben wir auch

die Fälle, bei denen äußere Umstände eine dritte Untersuchung unmöglich machten, in den Tabellen mit ihrem stärksten Ausfall aufgeführt, zumal jede Reaktion mit drei verschiedenen Antigenen angesetzt und nur dann als positiv bewertet wurde, wenn diese drei Extrakte miteinander übereinstimmten.

Im übrigen ist dem einmaligen negativen Ausfall der Wassermannschen Reaktion keine entscheidende Bedeutung beizumessen, da bei luetisch infizierten Individuen erfahrungsgemäß Schwankungen vorzukommen pflegen und ferner in der erwähnten Literatur zahlreiche Fälle von klinisch sicherer kongenitaler Lues mit negativer Wassermannscher Reaktion niedergelegt sind. Da es sich dabei in der Hauptsache um ältere Individuen handelt, liegt die Annahme nahe, daß bei diesen der luetische Prozeß zum Stillstand gekommen und dadurch die Wassermannsche Reaktion auch negativ geworden war.

Tabelle B.

Positive Befunde bei 69 bildungsfähigen, schwachsinnigen Kindern.

Nr.	Name	Alter	Blut Wa-R.	Liquor Wa-R.	Liquor Mastix-R.	Liquor Siliquid-R.	Bemerkungen
1.	Paul B.	10	++++/+++	—	—	—	
2.	Heinz B.	11	++++	—	—	—	
3.	Herbert F.	6	+++	+	—	—	Alte Keratitis parenchymatosa.
4.	Rupprecht F.	13	++++/+++	—	—	—	
5.	Ulrich J.	11	+	—	—	—	
6.	Bruno K.	12	++	—	—	—	
7.	Otto K.	12	++	—	—	—	
8.	Willi L.	7	++++/+++	—	—	—	
9.	Herbert M.	19	+	—	—	—	
10.	Otto M.	8	++	++	—	—	Mongoloid.
11.	Egon R.	14	++	—	—	—	
12.	Emil S.	8	++	—	—	—	
13.	Kurt S.	8	++++	—(Kahn R. ++++)	—	—	
14.	Paul S.	9	+	—(Kahn R. ++++)	—	—	
15.	Werner Z.	12	++++	—	—	—	
16.	Hildegard B.	13	+++	—	—	—	
17.	Agathe D.	13	++	—	—	—	
18.	Gertrud D.	14	++++	—	—	—	
19.	Margarethe E.	13	++	—	—	—	
20.	Erna J.	7	+++	—	—	—	
21.	Ruth K.	12	++	—	—	—	
22.	Margarethe K.	13	++++	—	—	—	
23.	Erna S.	13	++++	—	—	—	

Tabelle B gibt über die positiven bzw. zweifelhaften Ausfälle bei 69 schwachsinnigen, aber bildungsfähigen Kindern Aufschluß.

Unter den 47 Knaben fanden wir sieben stark und fünf schwach positive, ferner zwei zweifelhafte Reaktionen (20,59%) im Blut, außerdem bei zwei dieser Fälle im Liquor je einen zweifelhaften, bzw. schwachpositiven Ausschlag. Die Liquoren von zwei weiteren Knaben, die mit der Wa. R. negativ reagierten, wurden noch außerdem mit der Flockungsreaktion von Kahn untersucht, die nach unseren Erfahrungen (vgl. G. Blumenthal) besonders scharf und dabei bezüglich ihrer Spezifität zuverlässig arbeitet. Bei beiden ergab diese Reaktion ein deutlich positives Resultat.

Von den 22 Mädchen reagierten wiederum fünf stark und drei schwach positiv (32,35%). Bei allen Mädchen erhielten wir im Liquor nur negative Reaktionen.

Somit stellt sich die Gesamtzahl der positiven bzw. zweifelhaften Ausfälle bei dieser Gruppe auf 31,89%, beträgt also 2/3 der bei der Gruppe A gefundenen Werte.

Tabelle C.

Nr.	Name	Alter	Blut	Liquor		Sili-	Bemer-
			Wa-R.	Wa-R.	Mastix-R.	quid-R.	kungen
1	Max G.	11	++++	++++	1 : 16 ++++ Paralysekurve	++	Paralyse
2	Ismar M.	8	++++	—(Kahn-R. ++++)	1 : 2 +++ zweifelhaft	—	„
3	Paul K.	17	++++	+++	1 : 32 ++++ Paralysekurve	++	„
4	Charlotte K.	11	++++	++++	1 : 32 ++++ Paralysekurve	+	„
5	Erna M.	12	++++	++++	1 : 4 ++++ Tabeskurve	+	Tabes
6	Fritz N.	7	++++/ +++	—	1 : 16 ++++ 1:32 + Paralysekurve	+	Paralyse
7	Irma P.	12	++++	++++	1 : 32 ++++ Paralysekurve	++	„

Tabelle C gibt eine Übersicht der Befunde bei juveniler Paralyse bzw. Tabes. Es standen sieben Fälle zur Verfügung, deren Blut ausnahmslos eine stark positive Wassermannsche Reaktion ergab. Ebenso zeigte bei ihnen der Liquor eindeutige pathologische Veränderungen.

Dabei ist besonders zu bemerken, daß zweimal die Wassermannsche Reaktion im Liquor negativ ausfiel. Aber in einem Falle zeigte die sonst bei Liquoren der Wassermann'schen Reaktion nicht überlegene Kahnreaktion, die mit angesetzt wurde, ein stark positives Ergebnis. Bei demselben Patienten war die Siliquidreaktion

negativ, die Mastixreaktion angedeutet. Alle übrigen Fälle ergaben mit der Mastixreaktion einwandfreie Paralyse- bzw. Tabeskurven und mit der Siliquidreaktion gleichzeitig mehr oder minder stark positive Ausschläge (+ oder ++).

Wir haben diese Tabelle zum Beweise dafür gebracht, wie scharf unsere Wassermann-Extrakte und die von uns angewandten kolloidalen Methoden arbeiten. Die Kahnsche Flockungsreaktion haben wir aus Materialmangel leider nur selten ausführen können. Nach unseren Erfahrungen mit dieser Reaktion hätten wir vielleicht, falls sie ebenfalls angesetzt worden wäre, bei unseren übrigen Gruppen noch einen höheren Prozentsatz an positiven Befunden im Liquor erhalten (vgl. Tabelle B.)

Tabelle D.

Befunde bei 23 Schwachsinnigen verschiedenen Grades über 20 Jahren.

Nr.	Name	Alter	Blut	Liquor		Sili-	Bemer-
			Wa-R.	Wa-R.	Mastix-R.	quid-R.	kungen
1	Gerhard B.	25	—	—	—	—	
2	Artur B.	33	—	—	—	—	
3	Erich de B.	37	—	—	—	—	
4	Richard B.	40	±	—	—	—	
5	Robert B.	30	—	—	—	—	
6	Alfred D.	24	—	—	—	—	
7	Erich D.	28	o	—	—	—	
8	Wilhelm H.	39	—	—	—	—	
9	Erich H.	27	++	—	—	—	
10	Erich K.	29	—	—	—	—	
11	Fritz K.	25	—	—	—	—	
12	Werner K.	22	+	—	o	—	
13	Ernst L.	20	+	—	o	—	
14	Fritz P.	23	—	—	—	—	—
15	Georg P.	33	—	—	—	—	
16	Max S.	34	—	—	—	—	
17	Paul Sch.	21	++++	—	—	—	
18	Otto Sch.	22	—	—	—	—	
19	Paul Sch.	32	—	—	—	—	
20	Max Sch.	23	++++/ +++	—	o	—	
21	Georg Sch.	23	+	+++	—	—	klin. Lues
22	Kurt Z.	22	++	—	—	—	
23	Malvin W.	49	—	—	—	—	

Unsere letzte Gruppe D umfaßte 23 Personen mit Schwachsinn verschiedenen Grades, die sämtlich das 20. Lebensjahr bereits überschritten hatten. Der Prozentsatz an positiven Befunden ist hier im Gegensatz zu den drei vorhergehenden Gruppen auffallend gering.

Im Blut fand sich nur bei je zwei Individuen eine stark bzw. schwach positive Wassermannsche Reaktion, ferner viermal ein zweifelhafter bzw. nicht glatt negativer Ausfall, während der Liquor nur in einem Fall von klinisch sicherer Lues mit der Wassermannschen Reaktion positiv reagierte. Einmal konnte das Blut aus Materialmangel mit der Wassermannschen Reaktion nicht untersucht werden.

Die kolloidalen Methoden zeigten durchweg negativ an. Bei der geringen Zahl der untersuchten Personen, die lediglich als besondere Gruppe wegen deren höheren Alters aufgeführt wurden, lassen sich natürlich irgend welche bindenden Schlüsse inbezug auf die luetische Ätiologie nicht ziehen, zumal auch die Möglichkeit einer spezifischen Infektion im Verlauf des Lebens nicht mit Sicherheit auszuschließen ist.

Überblicken wir noch einmal unsere bei den einzelnen Gruppen erhaltenen Prozentzahlen an serologisch nachweisbarer Syphilis, so hat sich bei den Kindern mit mehr oder weniger ausgesprochenem Schwachsinn mit Hilfe der serologischen Untersuchung eine luetische Ätiologie in rund 42% nachweisen lassen.

Wenn nun *Lippmann* an einer ähnlichen Krankheitsgruppe s. Zt. nur 13,2% serologisch als syphilitisch erfassen konnte, so rührt das wohl hauptsächlich daher, daß wir mit besonders scharf eingestellten Extrakten gearbeitet haben. Im übrigen stimmt unser Prozentsatz fast genau mit der von *Lippmann* auf Grund klinischer und anamnestischer Daten ermittelten Zahl von annähernd 40% an Lues congenita überein. Interessanterweise ermittelte Kaufmann bei wesentlich leichteren Schwachsinnsformen ebenfalls in 44% positive serologische Befunde, ohne diese allerdings als ein sicheres Zeichen für eine luetische Infektion oder als Ursache des Schwachsinns anzuerkennen.

Gegen die Bedeutung der Lues spricht nicht das fast völlige Versagen der Liquordiagnostik, die im Vergleich zu den Blutuntersuchungen nur in vereinzelten Fällen zu einem schwach positiven bzw. zweifelhaften Ausschlag führte.

Erfahrungsgemäß pflegt ja auch ein positiver Ausfall der kolloidalen Reaktionen nichts über die Ätiologie auszusagen, sondern darf lediglich als ein Beweis für das Vorliegen einer Störung des Gleichgewichts Globulin-Albumin im Liquor angesehen werden (vgl. *G. Blumenthal*, *Liebers* und *Maaß* u. a.).

Leider ist die Zahl der bei kongenitaler Lues ausgeführten Liquoruntersuchungen recht gering. Diese wenigen Fälle, bei denen keine klinischen Erscheinungen von seiten des Zentralnervensystems vorlagen (vgl. *Kafka* in *Bruck*, Hdb. der Serodiagnost. der Syphilis, Berlin, Julius Springer 1924 S. 469/70, ferner *Liebers* und *Maaß* u. a.), ergaben aber nur vereinzelt positive Ausschläge.

Im Gegensatz dazu änderte sich das Bild vollkommen, als Lumbalflüssigkeiten hereditär luetischer Individuen mit Erkrankungen des Zentralnervensystems zur Untersuchung gelangten.

Als Beispiel hierfür möge unsere Gruppe C gelten, die über die Reaktion bei sechs Knaben mit juveniler Paralyse und ein Mädchen mit juveniler Tabes Aufschluß gibt.

Bei allen Kranken konnten einwandfrei positive Befunde erhoben werden. Dabei ist zu bemerken, daß in den Fällen, bei denen die eine Methode versagte, dafür die andere richtig anzeigte und umgekehrt, somit ein hundertprozentiger Nachweis der luetischen Ätiologie mit Hilfe der Wassermannschen Reaktion bzw. Kahnreaktion und den kolloidalen Methoden gelang.

Die letzte Gruppe D, die nur ältere Schwachsinnsformen umfaßt, weist bezeichnenderweise auch den geringsten Prozentsatz an positiven Befunden auf, der sich wegen der geringen Zahl der ausgeführten Untersuchungen für die uns interessierenden Fragen nur insofern verwerten läßt, als er das richtige spezifische Arbeiten der von uns verwendeten Verfahren anzeigt.

Für die Annahme einer luetischen Verursachung dieser Schwachsinnsformen können diese Befunde nicht angeführt werden. Sie scheinen viel eher dafür zu sprechen, daß mit zunehmendem Alter die kongenital syphilitischen Kinder zum großen Teil aussterben, bei den überlebenden aber schließlich die Krankheitsprozesse im Zentralnervensystem zum Stillstand oder zur Ausheilung gelangen und dann nicht mehr so oft zu serologisch erfaßbaren Blut- oder Liquorveränderungen führen.

Nur sechs unserer Fälle wurden als kongenital luetisch eingewiesen. Die Diagnose der Lues congenita stützte sich dabei auf die Beobachtung von Exanthemen in frühester Kindheit oder auf den bereits erhobenen serologischen Befund.

Anamnestische Angaben waren über unsere, meist von Behörden eingelieferten und von der Familie schon lange Zeit getrennten Patienten nur in geringem Maße zu erhalten. Auch *Lippmann* beklagte seinerzeit diesen Mißstand. Für die Bewertung der luetischen Verursachung sind jedoch negative Angaben von seiten der Eltern ohne serologische Kontrolle nicht beweiskräftig, sei es daß sich die bei der Exploration über oligophrene Probanden am stärksten in Erscheinung tretende Hemmung und Abwehr der Eltern einstellt, sei es daß die Infektion unbekannt blieb.

Raven stellte bei seinen serologischen und klinischen Untersuchungen von Syphilitikerfamilien fest, daß die Kinder der am schwersten von der Lues betroffenen Eltern am wenigsten geschädigt waren.

Schott, der sich bei der Bearbeitung von 1100 Fällen nur auf Anamnesen und Krankheitsgeschichten stützt, fand keinen Zu-

sammenhang mit der Lues. Bei der Art des ländlichen Aufnahmebezirks war wie bei den Fällen von *Liebers* und *Maaß* von vornherein mit einem geringen Anteil luetischer Fälle zu rechnen, was sich nach einer mündlichen Mitteilung von Herrn Dr. *Meltzer*, des ärztlichen Leiters der Anstalt, bei serologischen Nachprüfungen bestätigte.

Mißlicher ist für unsere Frage die mangelnde Kenntnis der übrigen Familienmitglieder auch unter dem Gesichtspunkt der von *Nonne* geforderten Geschwisteruntersuchung.

Die von uns untersuchten Geschwisterpaare boten keine Unterschiede dar.

Wenig ergiebig erwies sich die diagnostische Führung aus den Stigmata. Dafür spricht auch der Umstand, daß in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle bei der Einweisung eine Lues congenita nicht diagnostiziert war.

Was die neurologischen Befunde betrifft, so muß auf die Häufigkeit der neurologisch erfaßbaren Abweichungen bei Oligophrenen überhaupt hingewiesen werden. In Gruppe A fanden sich unter den 44 seropositiven Fällen 9 und unter den 44 seronegativen Fällen 18 neurologisch intakte Kinder.

In Gruppe B kamen auf die 22 seropositiven 12 und auf die 46 seronegativen Fälle 25 neurologisch intakte Kinder.

Im übrigen verhielten sich die neurologischen Befunde: Pupillen- und Hirnnervenstörungen, Tonus und Reflexveränderungen, Fälle von spastischen Hemi-, Para- und Diplegien und Fälle von Poliomyelitis, choreatische und athetotische Bewegungsstörungen — ohne ein verwertbares Verhältnis auf die seropositiven und seronegativen Gruppen.

Von der klinisch am leichtesten abzutrennenden Form der Mongoloiden, vertreten mit vier ausgeprägten Fällen, reagierte lediglich ein Fall in Blut und Liquor Wassermann schwach positiv, während die übrigen glatt negative Ausschläge ergaben. Liquorveränderungen, allerdings nur ganz schwacher Natur, zeigte nur ein Fall.

Trotz unseres Nachweises einer in quantitativer Hinsicht erheblichen Mitwirkung des luetischen Faktors bleibt die Frage offen, ob die Lues als einzige Ursache angesehen werden kann. So legen eine Reihe unserer Fälle die Annahme eines Zusammenfallens mehrerer Ursachen nahe, z. B. einer engeren Verbindung von Gefäßschädigung durch Lues und Geburtstrauma.

Rüdin, der sich auf eine genaue genealogische Durchforschung der serologisch untersuchten Hilfsschulkinder stützt, wirft die Frage auf, ob nicht vielleicht der Boden durch eine gewisse erbliche Belastung oder Schwäche des Zentralnervensystems vorbereitet sein

muß, damit die Syphilis ihren Angriffspunkt gerade im Gehirn finden und so u. a. bei den Kindern zu Schwachsinn führen kann.

Die pathogenetische Wirkung auch des einen Faktors der Lues auf den in Entwicklung begriffenen Organismus erweist sich als eine sehr vielgestaltige, sei es, daß die spezifische Schädigung an den Gefäßen, den Hirnhäuten, den inneren Drüsen angreift.

Für den Zusammenhang der Lues mit der Oligophrenie sind auch die von *Cimbal*, *Homburger* sowie *Strohmayer* hervorgehobenen Fälle von Keimschädigung, von nicht spezifischer Beeinflussung der Gesamtentwicklung heranzuziehen. *Homburger* spricht von den Kindern syphilitischer Eltern, die zwar frei von sicheren Zeichen der hereditären Lues, aber von Geburt körperlich schwächlich sind, in Blut und Liquor negative Befunde ergeben und sich als imbezill herausstellen. Sie entziehen sich einer direkten Untersuchung.

Für die Frage einer direkten Schädigung des Zentralnervensystems ist auf die überraschende Tatsache hinzuweisen, daß der Liquor bei den insgesamt 66 Fällen der Gruppen A und B mit positiver Wassermannscher Reaktion im Blut kaum nachweisliche Veränderungen zeigte. Wo sich neben starkem positiven Blutbefund ein eben so deutlicher Liquorbefund herausstellte, handelt es sich um die bereits aus klinischen Gründen abgetrennte Sondergruppe (C) der juvenilen Paralysen bzw. Tabesfälle. Paralyse und Tabes sind aber als progredienter Prozeß von bekannter pathologisch-anatomischer Form von den Oligophrenien abzutrennen.

So zahlreich die serologischen Untersuchungen von Oligophrenen, so spärlich sind die für die Pathogenese ausschlaggebenden pathologisch-anatomischen Untersuchungen. Von unseren Patienten starben während der Zeit, in der die Untersuchungen durchgeführt wurden, sechs aus der seropositiven und vier aus der seronegativen Reihe. Es ist nicht ohne praktische Bedeutung, daß die sämtlichen zehn Fälle aus der Gruppe A stammten, also zu den am tiefsten stehenden Formen von Oligophrenien gehörten. Diese große Letalität macht sich im Sinne einer Selbstausschaltung geltend.

Die pathologisch-anatomische Bearbeitung (Dr. *Bender*-Wittenau) ist (soweit die Obduktionen überhaupt gestattet wurden) noch nicht abgeschlossen.

Bei zwei obduzierten Fällen (Gruppe A Fall 13 und 45) spricht der makroskopische Befund für luetische Prozesse, jedoch muß hier die Entscheidung ohne histologische Untersuchung offen bleiben.

Wir geben nur den Obduktionsbefund des Falles Frida P., Gruppe A Fall 34: 13 Jahre alt, tiefstehend, linksseitige spastische Lähmung. Wassermann im Blut ++++, im Liquor negativ. Anamnese unbekannt. Es handelt sich also um einen der in unseren Untersuchungsreihen häufigen Fälle mit positivem Blutwassermann als einzigem Stigma.

(Obduktionsbefund. Dr. *Bender*.)

Schädeldach eiförmig, 13 × 11 cm, dünner als normal, Fontanellen geschlossen.

Dura gespannt, glatt. Bei Herausnahme des Gehirns entleert sich sehr reichlich Liquor. Türkensattel etwas weiter als normal. Hypophyse kleinbohnengroß. Dura der Schädelbasis o. B.

Gehirn: R. Hemisphäre viel voluminöser als l. R. Kleinhirnhälfte etwas voluminöser als l.

Weiche Hirnhäute der r. Hemisphäre verdickt, sulzig, besonders über den vorderen Hirnteilen; die der l. Hemisphäre o. B. Blutgefäße der r. Hemispäre sämtlich sehr stark, z. T. prall mit Blut gefüllt, überaus deutliche Kapillarenzeichnung. Die l. Hemisphäre weicht im Bereich des Stirnlappens weit zurück, so daß der vordere Hirnpol ca. 1 cm vorsteht.

Blutgefäße der Hirnbasis blutgefüllt, Wandungen zart.

Beide Seitenventrikel stark erweitert, Ependym o. B.

Rindensubstanz des r. Schläfen- und weitere Gebiete des r. Scheitellappens braunrötlich-schmutzig verfärbt und von der Marksubstanz dieser Gebiete nicht zu trennen (Verfärbung geht in die Marksubstanz über, ist stellenweise 1 cm dick).

Hirnstamm auf den Durchschnitt o. B.

Kleinhirn: R. Hälfte größer und blutreicher als l., sonst makroskopisch o. B.

Ergebnis der histologischen Untersuchung: Endarteritis obliterans (*Heubner*) mit z. T. frischen Blutungen. Störung auf die r. Hirnhälfte beschränkt.

Über die Wirkung therapeutischer Beeinflussung läßt sich an Hand unseres Materials nichts wesentliches beitragen. Bei den wenigen Fällen, die bis jetzt einer spezifischen Behandlung unterzogen werden konnten, blieb die Behandlung ohne wesentlichen Erfolg. Aus der Schule *Erich Müllers* liegen Arbeiten über das Schicksal ausgiebig behandelter Syphiliskinder vor. *G. Mayer* berichtet 1923 über Nachuntersuchungen: »nur der kleinere Teil unserer zu Ende behandelten Lueskinder ist als geistig ganz normal zu betrachten (56). Zählen wir noch die Kinder der Gruppe II hinzu (58), die zwar geistig nicht vollwertig, aber doch imstande sind, allein ihr Fortkommen zu finden, so ergibt sich die Zahl 114. Sie entspricht einem Prozentsatz von 89,7%. Es bleiben noch 10,3% sozial unbrauchbarer Menschen.« Im gleichen Sinne spricht sich auf Grund weiterer Beobachtungen 1927 *Chalidis* aus. Anscheinend liegt das Ausgangsmaterial wesentlich günstiger als unsere in Gruppe I zusammengefaßten Fälle.

Wir heben diese Befunde (in demselben Aufnahmebereich) auch aus dem Gesichtspunkt hervor, weil sie in Verfolgung des Schicksals kongenital luetischer Kinder zeigen, bei welchem hohen Prozentsatz oligophrene Störungen resultieren.

Lippmanns Untersuchungen im Jahre 1910 ergaben in 13,2% seiner Fälle eine positive Reaktion im Blut. Auf Grund klinischer und amnestischer Daten berechnete er den Anteil der Lues für das

Dalldorfer Material auf insgesamt mindestens 40%. Sehen wir zu einem Vergleich mit dem Ergebnis dieser Untersuchungen aus dem Jahre 1911 von unserer Gruppierung hinsichtlich des geistigen Defektes ab und nehmen die Gruppen A und B, die hinsichtlich der Altersstufe mit *Lippmanns* Fällen übereinstimmen, zusammen, so beträgt auf Grund der jetzigen Untersuchungen der Anteil der Lues insgesamt etwas über 42%.

Wir müssen, was die Höhe dieser Zahl anbetrifft, auch für unser Material den Einwand gelten lassen, daß besondere äußere Momente: wie die Erfassung nur von Anstaltspatienten in einem großstädtischen Aufnahmebereich zu einer Häufung von Fällen mit kongenitaler Lues geführt haben können. Die Übereinstimmung unserer Resultate mit den Zahlen von *Lippmann*, der doch unter denselben Bedingungen gestanden hat, macht auch bei Einräumung von Fehlerquellen die Annahme zwingend, daß bei dem Berliner Material der Lues als ätiologischem Faktor für die Entstehung einer Oligophrenie eine ganz erhebliche Bedeutung beizumessen ist.

Von dem Einwand einer besonderen, äußerlich bedingten Häufung von Fällen mit kongenitaler Lues bleibt jedoch das Verhältnis der Lues-positiven Fälle in Gruppe A und B unberührt. Der Unterschied dieser beiden Gruppen besteht in dem klinisch nachzuweisenden Grad des geistigen Defektes. Da nun der Anteil der Lues in Gruppe B nur etwa 2/3 des bei der Gruppe A gefundenen Wertes ausmacht, so glauben wir daraus schließen zu können, daß die Bedeutung des luetischen Faktors innerhalb der klinischen Gruppen von Debilität, Imbezillität, Idiotie verschieden ist und zwar, daß sie mit den höheren Graden der Oligophrenie zunimmt.

Es ist in Erwägung zu ziehen, ob sich bei den leichteren Formen des Schwachsinns die familiäre Belastung stärker auswirkt. Inwieweit bei den Debilen der exogene luetische Faktor gegenüber dem hereditären zurücktritt, sollen erbbiologische Untersuchungen, die in der hiesigen Anstalt im Gange sind, klären.

Als praktische Forderung ergibt sich die systematische, frühzeitige, eventuell wiederholte Blutuntersuchung bei allen Zuständen von angeborenem Schwachsinn. Auf eine Liquoruntersuchung kann verzichtet werden. Es müssen jedoch die frühesten Altersstufen erfaßt werden, was sich mit der zunehmenden Inanspruchnahme der Kleinkinderfürsorgestellen erreichen läßt. Dabei handelt es sich nicht bloß um die Diagnose des Einzelfalles und seine eventuelle therapeutische Beeinflussung. Denn Schwachsinnige haben nachweislich größere Geschwisterzahlen als Schüler der Normalschulen.

Von Gynäkologen und Pädiatern wird die besonders günstige Wirkung der Behandlung luetischer Mütter auf die Frucht hervorgehoben. Durch Zusammenarbeit der entsprechenden Fürsorge-

stellen muß erstrebt werden, die Mütter schwachsinniger Kinder, bei denen eine Lues congenita festgestellt wurde, im Falle erneuter Gravidität einer spezifischen Behandlung zuzuführen. Auch innerhalb der Geschwisterreihen können eventuell geeignete Fälle herausgegriffen werden, die für eine therapeutische Beeinflussung günstigere Bedingungen geben, als der wegen ausgeprägter Oligophrenie der Untersuchung zugeführte Patient.

Der Kampf gegen die Lues muß auch unter dem Gedanken der Bekämpfung und Prophylaxe der Oligophrenie geführt werden.

Zusammenfassung:

1. Von 88 schwachsinnigen und bildungsunfähigen Kindern der Wittenauer Heilstätten zeigten 50% eine positive Wassermannsche Reaktion im Blut. Irgendwelche stärkeren Liquorveränderungen ließen sich in keinem Falle nachweisen.

2. Unter 68 schwachsinnigen, aber bildungsfähigen Kindern betrug der Prozentsatz an positiven Reaktionen im Blut nur rund 32%, wobei auch hier mit der Lumbalflüssigkeit ausnahmslos negative Reaktionen erhalten wurden.

3. Demnach betrug der serologisch nachweisbare Anteil an kongenitaler Lues bei 156 schwachsinnigen Kindern etwas über 42%, ein Wert, der interessanterweise dem von *Lippmann* 1910 an entsprechenden Kranken mit Hilfe serologischer und klinischer Untersuchungsmethoden ermittelten Prozentsatz von mindestens 40% fast genau entspricht.

Dabei ist besonders darauf hinzuweisen, daß die stärker geschädigte Gruppe auch einen bemerkenswert höheren Prozentsatz an positiver Wa-R. aufweist, als die Gruppe mit geringeren Intelligenzstörungen.

4. 7 juvenile Paralysen reagierten in 100% der Fälle mit der Wassermannschen Reaktion positiv und boten auch entsprechende Veränderungen ihrer Lumbalflüssigkeit dar.

5. Bei einer Reihe älterer Personen mit Schwachsinn verschiedenen Grades war der Prozentsatz an positiven Befunden gering. Doch lassen sich bei der geringen Zahl der diesbezüglichen Untersuchungen bindende Schlüsse in bezug auf die luetische Ätiologie nicht ziehen.

6. Aussichtsreicher als die Behandlung des Einzelfalles erscheint die Bekämpfung auf dem Wege der Gesundheitsfürsorge durch spezifische Behandlung der Mütter auf Grund von systematischer serologischer Frühuntersuchung schwachsinniger Kinder.

Literatur.

1. *Blumenthal, G.*, Beiträge zur Frage des serologischen Luesnachweises (6. Mitt.). Wa-R. und neuere Flockungsreaktionen. Med. Klinik 1928 S. 1514.

2. *Blumenthal, G.* und *T. Shirakawa*, Über den Wert der Wa.-R. und der kolloidalen Reaktionen für die Liquordiagnostik. Med. Klinik 1924, S. 1738 (vgl. Zentralbl. f. Bakt. Ref., 1925, Bd. 78, S. 574).
3. *Chalidis, B.*, Die geistige Entwicklung von erbsyphilitischen Kindern bei Behandlung mit hohen Quecksilber-Neosalvarsandosen. Arch. f. Kinderheilk. 1927, Bd. 80, S. 106.
4. *Cimbal, W.*, Die Neurosen des Kindesalters. Monographie. Urban & Schwarzenberg. 1927.
5. *Dollinger, A.*, Beiträge zur Ätiologie und Klinik der schweren Formen angeborener und früh erworbener Schwachsinnszustände. Monogr. a. d. Gesamtgebiet der Neurol. u. Psychiatrie, Heft 23. 1921.
6. *Homburger, A.*, Psychopathologie des Kindesalters. Monographie. Springer 1926.
7. *Kafka, V.*, Serologie der Geisteskrankheiten in Handb. der Geisteskrankheiten von *Bumke*. J. Springer. 1928. S. 297.
8. *Kaufmann*, Die leichtesten Formen des Schwachsinns auf kongenital luetischer Grundlage. Monatsschr. f. Psychiatrie u. Neurol. 1928. Bd. 67, S. 320.
9. *Liebers, M.* u. *S. Maaß*, Neurologisch serologische Untersuchungsergebnisse aus einer Idiotenanstalt. Monatsschr. f. Psychiatrie u. Neurol. 1924. Bd. 56, S. 33.
10. *Lippmann, H.*, Über die Beziehungen der Idiotie zur Syphilis. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. 1910. Bd. 39, S. 81.
11. *Mayer, G.*, Bericht über das Schicksal ausgiebig behandelter Syphiliskinder. Arch. f. Kinderheilk. 1923. Bd. 74, S. 172.
12. *Nonne*, Syphilis und Nervensystem. Karger. 1924.
13. *Raven, W.*, Serologische und klinische Untersuchungen bei Syphilitikerfamilien. Deutsche Ztschr. f. Nervenheilk. 1914. Bd. 51, S. 398.
13. *Rüdin, E.*, Über Untersuchungen an Münchener Hilfsschulkindern. Bericht über d. l. Kongreß f. Heilpädagogik in München. Springer. 1923.
14. *Schott*, Über die Ursachen des Schwachsinns im jugendlichen Alter. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. 1919. Bd. 61, S. 195.
15. *Strohmayer, W.*, Angeborene und im frühen Kindesalter erworbene Schwachsinnszustände in Handb. f. Geisteskrankeiten von *Bumke*. Springer. 1928. Band 10.

Ein Beitrag zur Pathologie der malariabehandelten Paralyse.

(Vorläufige Mitteilung.)

Von

Dr. Bender.

Angesichts eines Materials von über 1000 bis jetzt in der Hauptanstalt Dalldorf der Wittenauer Heilstätten mit Impfmalaria behandelten Paralytikern erscheint es wünschenswert, bei den zur Sektion

gekommenen, nach der Malariaimpfung verstorbenen Fällen nach Beziehungen zwischen dem klinischen und dem pathologisch-anatomischen bzw. histologischen Befund zu suchen.

Die hier veröffentlichten Untersuchungsbefunde stellen die erste Gruppe einer größeren Anzahl von Untersuchungen dar, die in hiesiger Anstalt bei allen zur Sektion gelangten Fällen laufend vorgenommen und später im ganzen veröffentlicht werden sollen. Sie sind deshalb als vorläufige Mitteilung anzusehen. Endgültige Bewertung der Befunde soll erst am Ende der ganzen Reihe stattfinden. Die Zusammenstellung am Schluß dieser Veröffentlichung trägt also nicht endgültigen Charakter. Vielleicht mögen sich am Ende vieler Untersuchungen Zusammenhänge ergeben, die eine oder die andere Theorie der noch umstrittenen Wirkungsweise der Malaria auf das paralytische Gehirn wahrscheinlich machen, indem sie uns zeigen, welche Veränderungen der nervösen Substanz sich dem Untersucher beim malariabehandelten Paralytikergehirn regelmäßig abweichend darstellen gegenüber dem gewöhnlichen anatomischen und histologischen Bild, wie wir es bei der unbehandelten Paralyse im Gehirn zu sehen gewohnt sind. Vielleicht auch bringen uns zahlreiche derart untersuchte Fälle einen Schritt der Erkenntnis näher, welche substanziellen Unterlagen in den einzelnen Hirnteilen die klinisch so mannigfachen Krankheitserscheinungen — vor allem die psychischen — der progressiven Paralyse zur Voraussetzung haben, bzw. ob unter der Malariabehandlung etwa besonders manifest gewordene klinische Symptome Ausdruck einer topisch begrenzten und bestimmten Reaktion des Gehirnes sind. In diesem Sinne sollen die Untersuchungen ein Beitrag sein zu dem, was schon gefunden wurde und noch gefunden wird.

Technisch wird so vorgegangen, daß aus jedem Hirnmantellappen mehrere Stücke in verschiedenen Schnitten und ebenso der Hirnstamm in verschiedenen Frontalschnitten histologisch mit den üblichen Methoden der Ganglienzellfärbung (Thionin, Toluidin, Cresylviolett), der Gewebsdoppelfärbung (van *Gieson*, Hämatoxylin-Eosin), der Neurogliafärbung nach *Ranke* und *Nissl*, der Markscheidenfärbung nach *Spielmeyer* und der Fibrillenfärbung nach *Bielschowsky* untersucht werden. Jedoch ist letztere Methode bei den hier veröffentlichten Fällen noch nicht zur Anwendung gekommen, so daß Fibrillenbefunde noch nicht vorliegen.

Fall 1: Schuhmacher, 56 Jahre alt. Luetische Infektion 1915. Keine antiluetische Behandlung. Psychisch verändert seit September 1925. Wurde zunehmend aufgeregter, reizbar, ließ nach im Beruf. Machte alles falsch. Wurde immer unklarer in seiner Rede, schließlich ganz verwirrt.

Aufnahme in die Anstalt am 8. XII. 25. Hier nach kurzer Erregung, bald ganz stumpf und schlaff. Kein Krankheitsgefühl. Grobe artikulatorische Sprachstörung. Lichtstarre Pupillen. Pathologisch gesteigerte Sehnenreflexe. Wa.-R. in Blut und Liquor positiv. Mastixparalysekurve. Entzündungs-

reaktionen stark positiv. Malariaimpfung am 28. XII. 25. Bald nach der Impfung wird Patient sehr unruhig, expansiv-erregt, unsauber. Im Anschluß an den elften Fieberanfall schwerer paralytischer Krampf. Sofortige Entfieberung durch Chinin (15. 1. 26). Im Verlauf der nächsten zwei Monate Eintritt einer leichten psychischen Remission. Gleichzeitig seröse Pleuritis, die gutartig verläuft. Wird am 10. V. 26 leicht gebessert zur Ehefrau beurlaubt. Stellt sich 4 Wochen später in Begleitung seiner Frau dem Arzt vor. Sieht körperlich wohl aus. Es besteht eine geringgradige Demenz. Ehefrau klagt über seine wüste Ausdrucksweise und sein häufiges Schimpfen, hält ihn aber doch wieder für gesund. —

Wiederaufnahme in die Anstalt am 9. VI. 27, nach einem Tobsuchtsanfall. Neurologischer Befund wie bei der ersten Aufnahme. Serologisch: Wa. R. im Blut stark, im Liquor sehr stark positiv. Mastix- und Entzündungsreaktionen wie vordem. — Ist zunächst ganz stumpf und teilnahmlos, nicht erregt. Dann, nach etwa drei Wochen, wird er langsam etwas reger, frischer, geordneter, beschäftigt sich spontan. Dieser Zustand hält aber nur etwa drei bis vier Wochen an, dann erfolgt plötzlich einsetzender ganz rapider geistiger Verfall in schwerste stumpfe Verblödung. Auch schneller körperlicher Verfall. Exitus let. am 8. VIII. 28. —

Aus dem Sektionsbefund: Bronchopneumonie *), alte zirrhöse Spitzentuberkulose. Braune Atrophie des Herzens. Starke Mesaortitis luetica. Zystitis. — Gehirn: Gewicht 1360 g. Leichte Leptomeningitis, rechts mehr als links. Leichte Ependymitis granularis der Seitenventrilkelböden und der Rautengrube. Eisenreaktion schwach positiv. —

Histologischer Hirnbefund: Im Frontalhirn finden sich schwere allgemeine Architektonikstörungen der Rinde und ausgedehnte, meist perivaskuläre Infiltrate. In letzteren meist Lymphozyten und vereinzelte Plasmazellen. Lebhafte Gliareaktion. Zahlreiche Stäbchenzellen, oft mehrkernig und mit sehr langem Zelleib. — In den übrigen Hirnteilen ist der Befund fast der gleiche. In den basalen Ganglien finden sich im Striatum auch endarteritische Prozesse, zum Teil sind die Kapillaren hier auf längere Längsschnitte hin mit Zellen ganz vollgepfropft und vom Endothel sind nur noch Spuren zu sehen. — Typus der Ganglienzellerkrankung ist die chronische Schwellung; abnorm lange und breite Fortsätze, die plötzlich stumpf, wie abgerissen enden. Der Kern ist stark gefärbt und eher größer als normal, das Kernkörperchen meist in die Länge gezogen oder oval, an den Kernrand gerückt. Überall, am meisten vielleicht im Stirnhirn finden sich zahlreiche Zellreste („Schatten").

Fall II: Friseur. 37 Jahre. Infektion vor etwa 20 Jahren (Inf. nicht sicher nachgewiesen). Keine antiluetische Behandlung. — Pat. ist seit Herbst 1927 psychisch verändert: wurde stumpfer, teilnahmloser, fühlte sich immer schwach, konnte nicht mehr arbeiten, schlief sehr viel, das Gedächtnis ließ nach, die Potenz verschwand. —

Aufnahme in die Anstalt am 7. VI. 28. Euphorisch-demente Form der progr. Paralyse mit Facialisparese links, schwerem Sprachstolpern, Pupillenstörungen, stark verzögerten psychomotorischen Reaktionen und auffallend hohem Muskeltonus („macht parkinsonähnlichen Eindruck"). Wa. R. in Blut und Liquor sehr stark positiv. Entzündungsreaktionen ebenfalls sehr stark

*) Die anatomische Todesursache ist jeweils gesperrt gedruckt.

positiv. Mastixparalysekurve. — Malariaimpfung am 29. VI. 28. Nach zwölf Tertianaanfällen am 26. VII. 28 entfiebert. Exsudative Pleuritis und Pneumonie. Exitus letalis am 28. VII. 28. —

Aus dem Sektionsbefund: Pleuritis adhaesiva, kruppöse Pneumonie. Schlaffes dekompensiertes Herz mit Atheromen im Mitralsegel und in der Aortenwand. Fettleber. Malariamilz. Balkenblase. — Turmschädel. — Gehirn: Gewicht 1400 g. Leptomeningitis. Hirnschwellung. Ependymitis granul. des IV. Ventrikels.

Histologischer Befund: Eisenreaktion mittelstark positiv. Leichte Schichtenverwerfung im Frontalhirn und leichte Gefäßvermehrung vom retikulären Typus mit verhältnismäßig geringen perivaskulären Infiltraten. Auch in den Parietallappen sind die Veränderungen nur geringfügig von den Pyramidenzellen zeigen nur wenige deutliche Bilder chronischer Erkrankung. In den Temporallappen dagegen, besonders in den *Heschl*schen Querwindungen sind demgegenüber die Störungen viel ausgeprägter: zahlreiche, zum Teil recht ansehnliche perivaskuläre Infiltrate mit Lympho- und Leukozyten. In den Adventitialspalten auch einige Plasmazellen. Deutliche Schichtenverwerfung, Zellarmut, überall Zellschatten, lebhafte Gliawucherung. Ähnlich sind die Verhältnisse in den Basalganglien, wohingegen das Occipitalhirn fast frei von Veränderungen ist.

Fall III: Arbeiter. 51 Jahre alt. Wurde am 11. V. 28 im Tiergarten bewußtlos aufgefunden und von der Polizei nach der Anstalt gebracht. Es war an der linken Stirnseite stark zerschunden und konnte, als er aus der Bewußtlosigkeit erwachte, keine klaren Antworten geben; zeigte sich ganz läppisch. — Grobe artikulatorische Sprachstörung. Entrundete lichtstarre Pupillen. Starkes Facialisbeben. Gesteigerte Sehnenreflexe. Fußklonus rechts. Wa. R. in Blut und Liquor stark positiv. Entzündungsreaktionen stark positiv. Mastixparalysekurve. Euphorisch-demente Form der progr. Paralyse; starke Demenz, — Malariaimpfung am 9. VI. 28. Nach 9 Tertianazacken wurde das Fieber atypisch und gleichzeitig ließ die Herzkraft nach. Chinindarreichung. Starker, sich schnell ausbreitender Druckbrand. Zunehmender Kräfteverfall. Exitus letalis am 28. VII. 28. —

Aus dem Sektionsbefund: Pleuritis adhaesiva beiderseits, Bronchopneumonie r., Atherosklerose des Mitralsegels und der Aorta, teilweise mit erheblichen Kalkeinlagerungen. Arteriosklerotische Schrumpfnieren. Stauungsfettleber. Balkenblase. Gehirn: Gewicht 1260 g. Mittelstarke Leptomeningitis, links mehr als rechts. Starke Hyperaemie der Hemisphärengefäße, geringe Atrophie der Windungen im Stirn- und Scheitelhirn. Eisenreaktion stark positiv.

Histologischer Befund: Es fällt eine große Ganglienzellarmut des Frontalhirns auf, verbunden mit schwerer Schichtenverwerfung und lebhafter Gliareaktion. Überall zahlreiche Zellschatten. Die Ganglienzellen selbst zeigen deutliche Merkmale chronischer Schwellung. Rings um die Gefäße sind überall ganz ausgedehnte Infiltrate von lymphozytärem Charakter zu sehen. In den Temporallappen sind die Veränderungen von derselben Art und Stärke; die Infiltrate sind links noch erheblicher als rechts. Im Scheitel- und Hinterhauptshirn hingegen treten die infiltrativen Prozesse etwas zurück, die Zellschäden sind jedoch gleich denen im übrigen Mantel. In den basalen Ganglien, besonders im linken oralen Teil des Striatums finden sich, neben perivaskulären Prozessen auch endovaskuläre, obliterierende. — Beachtlich

ist in diesem Fall ferner, daß zwar vereinzelt Plasmazellen zu finden waren, jedoch nur in den adventitialen Gefäßräumen, nie frei im Nervengewebe.

Fall IV: Kapellmeister, 58 Jahre alt. 1910 Syphilis. Schmierkur. Im Winter 27/28 Reißen in den Beinen. Daraufhin Salvarsankur. Ende April 28 plötzlich einsetzende psychische Veränderung: Pat. wurde sehr lebhaft, geschwätzig, komponierte und dichtete Tag und Nacht. Wurde von Tag zu Tag erregter. Hatte hochtrabende Pläne, Größenideen. Zwischendurch auch kurzfristige Depressionszustände mit Weinen und Frömmeln. —

Aufnahme in die Anstalt am 29. V. 28. War anfangs sehr expansiv. Starker Rededrang, Ideenflucht, Affektlabilität, Größenideen, dabei gutes Gedächtnis, keine Reduktion der Kenntnisse. Pupillen licht- und konvergenzstarr, entrundet. Sehnenreflexe fehlen. Leichte Ataxie. Sprache ungestört. Wa. R. in Blut und Liquor sehr stark positiv. Mastixparalysekurve. Entzündungsreaktionen stark positiv. — Malariaimpfung (Tertiana) am 29. VI. 28. Entfieberung nach 14 zum Teil atypischen Zacken durch Chinin. Kur erfolglos. Zunehmender, zuletzt ganz rapider Verfall, sowohl psychisch wie somatisch. Stumpfe Verblödung. Exitus letalis am 12. VIII. 28.

Aus dem Sektionsbefund: Bronchopneumonie links. Mesaortitis luetica. Arteriosklerotische Schrumpfnieren. — Gehirn: Gewicht 1400 g. Starke sulzige Leptomeningitis. Hirnschwellung. Windungen etwas flachgedrückt, Furchen teilweise fast verstrichen. Starke Dilatation der Seitenventrikel. Ganz erhebliche Ependymitis granul. aller Ventrikel. Eisenreaktion stark positiv.

Histologischer Befund: Gefäße der Leptomeninx überall ganz beträchtlich erweitert und an Zahl vermehrt. Starke Vermehrung der pialen Bindegewebszüge. Frontal und parietal ausgedehnte perivaskuläre Infiltrate bei grober Schichtenverwerfung; letztere ist parietal vielleicht noch stärker als frontal. Diffuse Gliose. Gliamitosen. Zahlreiche Stäbchenzellen, zum Teil mit zwei Kernen. Zellschatten. — Ähnliche Bilder sind in den Temporallappen zu sehen, jedoch sind die Gefäßalterationen im allgemeinen nicht so ausgedehnt, wie frontal und parietal. Im Occipitalhirn, Kleinhirn und Stamm treten demgegenüber die Veränderungen sehr zurück, insbesondere sind die basalen Ganglien fast frei von Infiltraten. — Der Typus der Ganglienzellschädigung ist überall der gleiche: Zellschwellung, Schwellung der Fortsätze, Tigrolyse. — Es wurden in diesem Falle auch Jahnelpräparate angefertigt; Spirochäten waren aber nicht zu finden.

Fall V: Frau, 36 Jahre alt. Am 20. VII. 27 im Rudolf-Virchow-Krankenhaus aufgenommen. 18 Jahre zuvor luetische Infektion. Keine antiluetische Behandlung. 1925 erste Blutuntersuchung, die positiv ausfiel. Daraufhin im ganzen sechs Kurven (Wismut, Salvarsan, Modenol). Blut blieb jedoch immer positiv.

Aufnahme in die Anstalt am 26. VII. 27. Stumpf-demente Form der progr. Paralyse mit Desorientiertheit, Schwindelanfällen, Kopfschmerz und Abnahme der Sehkraft. Paralytische Sprach- und Pupillenstörungen. — Malariaimpfung am 23. VIII. 28. Nach elf Tertianaanfällen Abbruch der Kur durch Chinin wegen Nachlassens der Herzkraft. Anschließend Gangrän an beiden Händen, die sich — unter geringen Substanzdefekten — im Verlauf von zwei Monaten abstößt. Zunehmende Besserung des Geisteszustandes. Wird lebhafter, frischer, ist orientiert, äußerst sich einsichtig über ihr Leiden. Retrograde Amnesie für die Zeit im Krankenhaus und die erste Zeit in der

Anstalt. Wird am 12. XII. 27 als sehr gebessert entlassen. — Wiederaufnahme am 28. I. 28. Rückfall. Pat. ist zunächst läppisch-unklar, später expansiv-erregt, schließlich stumpf und unsauber. Exitus letalis am 13. VIII. 28.

Aus dem Sektionsbefund: Bronchitis purul. Schlaffes Herz. Cystitis. Gut faustgroßes Sarkom der Milz; (Spindelzellensarkom, das in das umgebende Gewebe hineingewuchert ist.) Gehirn: Gewicht 1250 g. Leichte Leptomeningitis. Allgemeine Hyperaemie des Gehirns.

Histologischer Hirnbefund: Infiltrate der Leptomeninx und endarteriitische Prozesse im Frontal- und Parietalhirn. In den Temporallappen außerdem auch vereinzelte perivaskuläre Infiltrate, besonders in den *Heschl*schen Windungen. In letztgenannten Gebieten besonders lebhafte Gliareaktion, zahlreiche Stäbchenzellen. Zellschatten. Im Occipitalhirn treten die Störungen, gegenüber temporal, etwas zurück. Dagegen finden sich im Hirnstamm lebhafte perivaskuläre Reizzustände. — Die Rindenstruktur ist überall wenn auch nicht normal so doch leidlich gut erhalten, Zellschäden sind diffus, aber nicht sehr zahlreich zu sehen (Schwellungszustände, aber auch Atrophie).

Fall VI: Lackierermeister, 44 Jahre alt. Luetische Infektion etwa 1910 (unsicher). Keine antiluetische Behandlung. War sonst gesund bis 1924. Damals ein Krampfanfall. Im März 28 ein zweiter Anfall. Seit November 27 psychisch verändert: Größenideen, Vernachlässigung seiner Arbeit. Seit Anfang 28 auch impotent. Aufnahme in die Anstalt am 5. VI. 28. Euphorisch-demente Form der progr. Paralyse mit schwerer Sprachstörung, Pupillenstörungen, Facialisbeben, stark verlangsamter Motorik, ungeschickten Bewegungen, gesteigerten Sehnenreflexen. — Malariaimpfung am 29. VI. 28. Zwölf Tertianazacken. Unter der Kur sehr hinfällig, oft benommen, desorientiert; unmotiviertes Schreien. — Nach Abschluß der Kur (Entfieberung durch Chinin) entwickelt sich ein fast typisch katatones Zustandsbild: Pat. ist stark negativistisch, zuweilen ganz mutistisch, wird unsauber, spricht schließlich überhaupt nicht mehr, macht sich steif, blickt bei allen Untersuchungen starr ins Leere, sträubt sich heftig gegen passive Bewegung, fällt hin, wenn er aufgestellt wird. Ißt schlecht. Zunehmender körperlicher Verfall, exitus letalis am 12. VIII. 28. —

Aus dem Sektionsbefund: Brochonpneumonie beiderseits, leichte Atherosklerose der Brust- und Bauchaorta. Gehirn: Gewicht 1520 g. Starke sulzige Leptomengitis, besonders über den vorderen Hirnpartien. Sehr starke Hyperaemie des ganzen Gehirns. Leichte Ependymitis granul. in den Seitenventrikeln. Eisenreaktion stark positiv.

Histologischer Befund: Starke Verdickung der Leptomeninx, besonders über dem Stirnhirn, mit sehr ausgedehnten Infiltraten bei beträchtlicher Gefäßvermehrung vom retikulären Typus. Auch die Hirnsubstanz zeigt Gefäßsprossung und starke perivaskuläre, zum Teil auch endovaskuläre Infiltrate. Diese Infiltrate tragen ganz vorwiegend lymphozytären Charakter. Die Schichtenanordnung der Nervenzellen ist im Frontalhirn deutlich gestört. Die Nervenzellen selbst zeigen größtenteils Bilder schwerer chronischer Erkrankung: der Leib hat wolkige Struktur, sieht „wie geronnen“ aus, der Kern ist stark gefärbt und klein. Daneben finden sich auch geschwollene Zelleiber mit ausgeprägter Tigrolyse, stark geschwollenen Dendriten und kleinem Kern mit länglichem, meist randständigem Kernkörperchen. — Die Gliareaktion ist im ganzen ebenfalls sehr heftig: abnorm große Zelleiber, zahlreiche Mitosen. Stäbchenzellen finden sich ebenfalls überall, zum Teil äußerst lang und kräftig

und bisweilen mit mehreren Kernen versehen. — Diese frontal bestehenden Veränderungen finden sich in mindestens gleichem Maße auch parietal, wo vor allem in den Zentralwindungen die Rindenstruktur aufs stärkste gestört ist. — Auch temporal, occipital und in den basalen Ganglien finden sich überall Veränderungen der beschriebenen Art. Es ist schwer, zu sagen, daß sie irgendwo stärker seien. Vielleicht ist die Rindenschichtung im Okzipitalhirn etwas besser erhalten. In vielen Infiltraten in allen Hirnteilen sind in und um die Gefäße auch große monozytenartige Zellen zu sehen (Phagozyten?). Die Endothelzellen der Gefäße sind größtenteils proliferativ verändert. — In der Brücke gruppieren sich die Veränderungen der Gefäße um den Aquädukt, die übrige Substanz ist so gut wie frei. — Im Kleinhirn findet sich lebhafte Gliawucherung („Strauchwerkglia") bei starker Schädigung der Purkinjeschen Zellen; dagegen treten die Gefäßprozesse hier zurück. — Spirochäten waren auch in diesem Fall nicht zu finden (Jahnelpräparate).

Fall VII: Kaufmann, 42 Jahre alt. Luetische Infektion wird verneint. Seit ein paar Jahren zunehmend stärker psychisch verändert. Wurde immer stiller, machte sich viel Sorgen. Wurde schließlich ganz schwächlich, unentschlossen, vergeßlich, arbeitsunfähig. Kurz vor der Einlieferung in die Anstalt Erregungszustände. Aufnahme in die Anstalt am 6. VIII. 28. Euphorischdement, starke Demenz. Grobe artikulatorische Sprachstörung. Fazialisbeben. Pupillenstörungen. Wa. R. in Blut und Liquor sehr stark positiv. Mastixparalysekurve. Entzündungsreaktionen sehr stark positiv. — Malariaimpfung am 16. VIII. 28. Vom 18. VIII. an täglich leichte Temperaturen. Sehr schneller geistiger und körperlicher Verfall. Ißt nichts. Ist sehr widerstrebend, unsauber. Exitus letalis am 25. VIII. 28.

Aus dem Sektionsbefund: Starke Pleuritis adhäsiva. Schlaffes schwielig entartetes Herz. Septische Milz. Gastritis. Zystitis. Gehirn: Gewicht 1250 g. Starke sulzige Leptomeningitis und erhebliche Hyperämie. Deutliche Atrophie der Windungen. Ependymitis granul. in allen Ventrikeln. Eisenreaktion positiv.

Histologischer Hirnbefund: Die Pia ist überall verdickt, infiltriert, ihr Bindegewebe ist vermehrt, ebenfalls sind die pialen Gefäße vermehrt (aggregativ!). Frontal, parietal und temporal neben perivaskulären Infiltraten (meist Lymphozyten!) auch endovaskuläre Prozesse, zum Teil von obliterierendem Charakter. Lebhafte Gliareaktion bei ausgesprochener Ganglienzellarmut und deutlicher Schichtenverwerfung. Ähnlich, aber nicht so stark sind die Veränderungen im Okzipitalhirn. Am wenigsten betroffen sind Kleinhirn und Hirnstamm.

Fall VIII: 56-jähriger Gastwirt. Wurde am 12. V. 25 im Virchow-Krankenhaus aufgenommen, weil er seit einem Jahr zunehmende Zeichen geistigen Verfalls geboten hatte. Im Krankenhaus wurde neben chron. Alkoholismus Neurolues festgestellt und Patient daraufhin am 30. V. 28 nach Wittenau verlegt. Über stattgefundene vener. Infektion nichts bekannt. Potatorium zugegeben. — Bild der stumpf-dementen Paralyse mit Desorientiertheit und starken Gedächtnisdefekten. Heftiger Tremor der Hände, sehr unbeholfene, zum Teil unkoordinierte Gesamtmotorik, schwere paralytische Sprachstörung, paralytische Pupillenstörungen. Fazialisbeben. Wa. R. in Blut und Liquor sehr stark positiv. Entzündungsreaktionen sehr stark positiv. Mastixparalysekurve. — Malariaimpfung am 10. VIII. 28 (Tertiana). Nach zwölf meist atypischen Fieberanfällen plötzliches Nachlassen der Herzkraft.

Sofortige Chinindarreichung am 4. IX. 28. Nächstentags leichter paralytischer Anfall. Zwei Stunden später Exitus letalis.

Aus dem Sektionsbefund: Allgemeine schwere Pleuritis adhäsiva. Aneurysma arcus aortae. Atherosklerose und Verkümmerung der Mitralklappe (Insuffizienz). Dekompensation des Herzens (Herztod). Schwere Atherosklerose der Aorta mit beträchtlichen Kalkeinlagerungen. Glomerulonephritis (II. Stadium, große weiße Niere). Trabekuläre Hypertrophie der Harnblase. — Gehirn: Gewicht 1500 g. Starke, diffuse Leptomeningitis. Erhebliche Atherosklerose der Basisgefäße mit Kalkeinlagerungen. Zystische Entartung der Plexi chorioidei (bds. mehrere fast haselnußgroße Zysten). Schwere Ependymverdickung und Körnelung in allen Ventrikeln. Am meisten am Boden der Rautengrube. Hyperämie und Schwellung des Gehirns in toto.

Histologischer Hirnbefund: Starke Verdickung der Leptomeninx, Vermehrung des pialen Bindegewebes und Infiltratbildung, Erweiterung der Gefäße, auch Gefäßsprossung. Daneben auch endarteriitische Prozesse in allen Hirnteilen, besonders auch im Stamm. Die Rindenschichtung ist überall deutlich gestört. Auch im Kleinhirn finden sich — neben lebhafter Gliawucherung — Infiltrate und Gefäßsprossung. Bei den Ganglienzellen herrschen Gerinnungs- und Verflüssigungsprozesse vor.

Im vorhergehenden sind die klinischen und anatomischen Befunde von acht nach der Malariaimpfung verstorbenen Paralytikern skizziert. Die erreichten Lebensalter bewegten sich zwischen dem 36. und 58. Jahre. Der Ausbruch der Paralyse nach der luetischen Infektion — soweit dies festgestellt ist — schwankt zwischen 10 und 20 Jahren, und zwar ohne daß ein bestimmtes zeitliches Verhältnis von Infektion und Ausbruch der Geisteskrankheit in einem bestimmten Lebensalter festgestellt werden konnte; die neurotrope Tendenz der Syphilis ist in diesen Fällen also unabhängig von den Beziehungen von Infektion und Lebensalter zueinander.

Sechs der Fälle machten die Malariakur ganz durch (11—12 Fieberanfälle), einer fast ganz (Fall III) und einer starb 9 Tage nach Impfung unter Fieber, dessen Charakter nicht einwandfrei als malarisch festgestellt werden konnte. Von den sechs zuerst genannten Fällen hatten zwei (I und V) leichte Remissionen von 11- bzw. 1-monatiger Dauer, bekamen dann Rückfälle und endeten nach weiteren 12 bzw. 6½ Monaten. Die übrigen in oder bald nach der Kur (längstens 2 Monate nach Abschluß der Kur) und zwar alle nach vorhergehender Chinindarreichung. So ist es erklärlich, daß nirgendwo mehr Malariaplasmodien in den Hirngefäßen zu finden waren. Die unmittelbaren Todesursachen waren viermal Bronchopneumonie, einmal kruppöse Pneumonie und dreimal Herztod. Eine Malariamilz wurde nur in einem Falle gefunden (Fall III). Ein Fall hatte ein Milzsarkom und einer eine septische Milz.

Bei Betrachtung der histologischen Hirnbefunde fällt vor allem auf, daß die Zeichen akuter Entzündung in allen Fällen vorhanden sind und in den meisten die chronisch-degenerativen Pro-

zesse stark in den Hintergrund drängen. Fast überall finden sich in der Nähe des Gefäßes, oftmals die Adventitialräume ganz erfüllend, ausgedehnte Lymphocyteninfiltrate. Die Rindenschichtung ist immer mehr oder minder gestört und zwar im allgemeinen analog der Stärke und Ausdehnung der Infiltrate. Bei den Ganglienzellen herrscht der Typus der chronischen Schwellung vor. In einem Falle (V) finden sich neben den Schwellungszuständen auch Atrophien und zweimal (Fall VI und VIII) stehen Gerinnungs- und Verflüssigungsprozesse mehr im Vordergrund. Abräumzellen und mehr oder minder starke Gliawucherung sind allgemeine Befunde. Die Zahl der Nervenzellen ist überall dort am geringsten, wo letztere Befunde besonders deutlich sind. Plasmazellen — bei der unbehandelten Paralyse in der Regel in der Mehrzahl — konnten nur in ganz geringer Zahl nachgewiesen werden, und zwar nur in unmittelbarer Nähe der Gefäße, nie frei im Nervengewebe. Nach Spirochäten wurde in drei Fällen gesucht. Diese Fälle versprachen nach der Heftigkeit des klinischen Ablaufs und des Hirnbefundes am ehesten ein positives Ergebnis. Allein es waren keine Spirochäten zu finden.

Bei Betrachtung der Beziehungen von klinischem Bild und histologischem Hirnbefund ergibt sich folgendes:

Fall I: Malariaimpfung ca. 3 Monate nach Offenbarwerden der psychischen Störungen. Letztere tragen sehr wechselnden Charakter (stumpf — schlaff — expansiv) und sind von einer leichten Remission durchsetzt, die fast ein Jahr dauert. — Es finden sich in diesem Fall Veränderungen, die von denen der unbehandelten Paralyse nicht sehr verschieden sind. Es ist das Bild eines schweren chronischen Prozesses, der von akuten Azerbationen gewissermaßen durchsetzt ist. Eine wesentliche Abweichung der Befunde voneinander in den einzelnen Hirngebieten ist nicht zu sehen. Ob dieses von akuten und chronischen pathologischen Befunden eine substantielle Unterlage für die in ihren Erscheinungsformen hier so schroff wechselnden pathologischen Lebensäußerungen des Kranken war, ist eine Frage, die nach ähnlichen Befunden in ähnlichen Fällen beantwortet werden müßte.

Im II. Falle bestand ein parkinsonartiges Zustandsbild mit euphorischer Demenz, zunehmend stärker geworden, durch die Therapie gar nicht beeinflußt. Zwischen Auftreten der ersten psychischen Symptome und Exitus liegt ein Jahr. —Die histologischen Abweichnngen sind in diesem Fall nicht gleichmäßig im Gehirn lokalisiert, sondern temporal und in den Basalganglien viel stärker und stürmischer als in den übrigen Hirnteilen. Die Infiltrate des Frontalhirnes sind sicherlich als in der Rückbildung begriffen anzusehen.

Fall III weist eine euphorisch-demente Form der progr. Paralyse auf mit sehr stürmischem Verlauf, ohne besondere neurolo-

gische Sensationen, außer den üblichen. — Histologisch treten hier äußerst heftige akute Gefäßreaktionen in Erscheinung und Störung der Nervenzellanordnung besonders im Stirn- und Temporalhirn.

Im Fall IV handelt es sich um eine plötzlich einsetzende manische Form der Paralyse mit ganz foudroyantem Verlauf. Man sieht in diesem Fall starke Reizzustände von seiten der Leptomeningen und des Ependyms bei schwersten akuten Gefäßreaktionen und Hirnschwellung. Daneben stärkere Architektonikstörungen besonders frontal und parietal.

Fall V: Ein Fall stumpfdementer Paralyse mit tabischen Sensationen. Remission. Exitus im 2. Schub der Krankheit. Es finden sich akute und chronische Entzündungszustände gemischt bei starker Beteiligung der basalen Ganglien.

Fall VI: Euphorisch-demente Form der progr. Paralyse. Nach der Malariakur entwickelt sich ein ganz katatones Bild. Der Hirnbefund ist charakterisiert durch starke Hyperämie, bei heftiger Reizung der Leptomeningen und leichter Ependymitis. Die Filtrate sind am stärksten in den vorderen und mittleren Partien des Hirnmantels und im ganzen Hirnstamm.

Im Falle VII, ebenfalls einer euphorisch-dementen Form der progr. Paralyse mit starker Demenz und ziemlich chronischem Verlauf, findet sich deutliche Atrophie des Cortex, bei geringer Beteiligung der basalen Ganglien.

Fall VIII, wiederum eine stumpf-demente Form bei gleichzeitigem Potatorium, zeigt starke Hyperämie (Tod kurz nach einem paralytischen Anfall!), Leptomeningitis und Ependymitis fast gleichmäßig über das ganze Gehirn verteilt. Daneben zystische Entartung der Plexi der Seitenventrikel. Entsprechend verhält es sich mit der Anordnung der Infiltrate und der Schichtenverwerfung, die nur frontal etwas weniger ist.

Es sollen, wie schon gesagt, an Hand dieser verhältnismäßig wenigen Fälle keine weitergehenden Deutungen vorgenommen werden, sondern die Befunde sollen Grundlage und Vergleichsmöglichkeit sein zu weiteren, ausgedehnteren Arbeiten über die malariabehandelte Paralyse, deren Veröffentlichung später erfolgt.

Die Wirtschaftlichkeit der „Nervenklinik Wiesengrund" in einem Rechnungsjahre.

Von

Bureaudirektor Baar.

Die in unmittelbarer Nähe des Wittenauer Rathauses gelegene, von der Hauptanstalt in etwa 15 Minuten Fußweg erreichbare „Nervenklinik Wiesengrund" wurde mit einem Gesamtaufwande von 140 000,— RM. „errichtet", d. h. aus den vorhandenen beiden, nahezu baufällig gewordenen Koloniehäusern entstanden zwei, durch Aus-, Auf- und Erweiterungsbau wesentlich vergrößerte, jetzt äußerlich ansehnliche Häuser mit zweckmäßiger Raumgestaltung für Kranke, Ärzte, Verwaltung und Personal.

Sowohl von hervorragenden ärztlichen Persönlichkeiten als auch von behördlicher Seite ist wiederholt anerkannt worden, daß es dem Hochbauamt Wedding unter Leitung seines bei uns stets bewährten Oberbaurats *Hellwig* gelungen ist, aus alten Gebäuden eine für nervenärztliche Zwecke bestimmte Abteilung zu schaffen, die den Bedürfnissen einer fortschrittlichen Nervenheilstätte Rechnung trägt und einem Vergleich mit einer modernen Privatanstalt durchaus standhält. Zentrale Anlagen für Krankenhausküchenbetrieb, Sammelheizung und Warmwasserversorgung wurden eingebaut. Neurologische Apparate und Handwerksstätten dienen der Heilbehandlung. In einem gärtnerisch schmuckvoll angelegten und ausgedehnteren Parke mit Planschbecken können sich die Kranken in frischer Luft ergehen, während eine sonnige und luftige Liegehalle, die einen beruhigenden Blick auf den üppigen, die Hauptanstalt gänzlich einschließenden Blätterwald gewährt, den geistig und physisch ruhebedürftigen Kranken angenehmen Aufenthalt bietet. In den Unterhaltungs- und Tagesräumen finden die Patienten in ihren Mußestunden Unterhaltungsspiele, Zeitschriften, Tageszeitungen, sowie reichliche sonstige Literatur. Garten- und andere Arbeit ist vorgesehen. Je nach Struktur der Eignung der Kranken sind unter Leitung eines an unserem Erziehungsheim angestellten Fachlehrers sportliche und gymnastische Übungen im Freien eingeführt. Endlich können Patienten, ohne andere zu stören, unter Benutzung der vorhandenen Kopfhörer an den Darbietungen des Rundfunks teilnehmen.

Im Gegensatz zur Hauptanstalt und entsprechend dem Charakter dieser Sonderabteilung kommen zur Aufnahme ausschließlich sich freiwillig meldende Kranke unbemittelter Schichten, die entweder als Selbstzahler die Kosten ohne jede Ermäßigung allein aufbringen, oder deren volle Kosten vom Versicherungsträger bzw. Versorgungsamt übernommen werden. Die den höchsten Satz

zahlenden Kranken — zurzeit 9,80 RM. gegen den üblichen Krankenhaussatz von 6,— RM. — waren die von auswärts Aufgenommenen, die jedoch jetzt nur ganz ausnahmsweise mit besonderer Genehmigung der vorgesetzten Dienststelle hier behandelt werden dürfen. Die Aufnahme Wohlfahrtskranker ist nicht ausgeschlossen.

Die folgenden Gegenüberstellungen der tatsächlichen, also nicht etwa buch- und rechnungsmäßigen Einnahmen und Ausgaben im Rechnungsjahre 1927 — 1. 4. 27 bis 31. 3. 28 — aus der „Nervenklinik Wiesengrund“ mit denen, die sich ergeben hätten bei der Belegung der alten Häuser mit ausschließlich Wohlfahrtskranken der gleichen Zahl gibt auf die viel umstrittene und ebenso stark erörterte Frage, wie sich die Neueinrichtung wirtschaftlich bewährt, eine nicht uninteressante Antwort. Bei letzteren handelt es sich um Wohlfahrtskranke, die keinen Versicherungsträgern angehörten, weil sie nachweislich alteingesessene und ortsangehörige Patienten waren. In Wirklichkeit war aber die Zahl der Kranken in den Koloniehäusern größer.

Die aktenmäßig nachgewiesenen Einnahmen aus der Nervenklinik Wiesengrund betrugen in der Zeit vom 1. 4. 27 bis 31. 3. 28
= 97 198,41 RM.
die Ausgaben für den gleichen Zeitraum....... = 93 460,22 „
so daß sich ein Reingewinn von .... 3 738, 19 RM.
ergibt.

Die wirklichen Einnahmen aus beiden Häusern mit Belegung von Wohlfahrtskranken nach den jeweils geltenden Sätzen der Hauptanstalt hätten für den gleichen Zeitraum (bei gleicher Patientenzahl) betragen...................... = 20 704,08 RM.
die Ausgaben für den gleichen Zeitraum ..... = 92 121,02 „
so daß sich ein Verlust ergibt in Höhe von ... = 71 416,94 RM.

Hierbei wird jedoch ausdrücklich bemerkt, daß es sich um tatsächliche Einnahmen handelt, die die Stadtgemeinde auch wirklich erhält, nicht etwa um haushalts- und buchmäßig nachgewiesene Einnahmebeträge der Wohlfahrtskranken. Die der Stadt tatsächlich, also in barem Gelde zufließenden Einnahmen der behandelten Wohlfahrtskranken sind bei den vorstehenden Einnahmeposten nur mit 15% des Erstattungssatzes, der ungefähr dem errechneten Satze der Selbstkosten entspricht, in Ansatz gebracht worden.

Wenn auch statistische Nachweise bei den Wohlfahrtsämtern nicht vorhanden sind, so haben die Erhebungen bei letzteren doch mit ziemlicher Sicherheit ergeben, daß schätzungsweise höchstens 15% der von der Stadt aufgewendeten Mittel für die bei ihr in Heilbehandlung befindlichen Wohlfahrtskranken von den gesetzlich zur Rückzahlung Verpflichteten (Verwandten usw.) bzw. von dem

erstattungspflichtigen Fürsorgeverband zur Einziehung oder Erstattung gelangen.

Die Nervenklinik hat hiernach, und zwar nach Deckung sämtlicher Ausgaben in einem Rechnungsjahre nicht nur einen Reingewinn von 3738,19 RM., sondern gegenüber dem Verlust bei angenommener Belegung mit Wohlfahrtskranken einen Gewinn von 71 416,94 RM., zusammen also eine Mehreinnahme von 75 155,13 Reichsmark erzielt.

Die für Ausbau, Renovierung, Einrichtung usw. aufgewendeten Kosten sind in 2 Jahren voll gedeckt worden und die seinerzeit nur vorschußweise bereitgestellten Mittel in dieser Höhe konnten, wie damals vorgesehen, voll dem Renovierungsfonds der Hauptanstalt zugeführt werden. Dabei darf aber nicht außer acht gelassen werden, daß der Wert der Baulichkeiten durch die nicht erheblichen Verbesserungen sicherlich nicht gemindert worden ist. Die anfangs nicht immer voll belegte Sonderabteilung und die in letzter Zeit stärkere Belegung mit jüngeren, meist Versicherungsträgern angehörenden Wohlfahrtskranken können den augenblicklichen und 2 Jahre lang nachgewiesenen geldlichen Erfolg nicht schmälern, weil ja die Gestehungskosten schon durch den Gewinn gedeckt sind. Es soll aber auch nicht verschwiegen werden, daß sich die Ausgaben in Zukunft durch Gewährung von Kleidung an Wohlfahrtskranke und Waschen der Wäsche für Patienten erhöhen dürften. Diesen Mehrkosten steht jedoch als Ausgleich die Arbeitsleistung der Kranken gegenüber, die sich im Interesse ihrer Heilbehandlung in den neugeschaffenen Gartenanlagen nutzbringend beschäftigen.

Diese Ausführungen, vom reinen wirtschaftlichen Standpunkte aus gegeben, führen den Nachweis, daß sich die Angliederung einer offenen Nervenabteilung an die Irrenanstalt durchaus empfiehlt, weil sie ohne geldliche Gefahr sich nicht nur selbst erhält, sondern sogar noch eine Einnahmequelle wird.

Über täglichen (24 stündigen) Wechsel psychischer Krankheitszustände.

Von

Dr. Max Arndt,

Sanatorium „Waldhaus“, Berlin-Nikolassee, ehemaligem Assistenzarzt in Dalldorf.

Vor einer Reihe von Jahren hatte ich Gelegenheit, längere Zeit eine Dame zu beobachten, deren vor allem in die Augen springende Krankheitserscheinung ein ganz regelmäßig Tag um Tag erfolgender

Wechsel von Erregungs- und Depressionszuständen war. Während sie an dem einen Tage mehr oder weniger deprimiert und gehemmt war, bot sie am folgenden ein manisch gefärbtes Krankheitsbild dar, und dieses Verhalten dauerte jahrelang mit einer solchen Regelmäßigkeit an, daß man lange Zeit mit Sicherheit vorausbestimmen konnte, ob sie zu einem bestimmten Termin, also etwa an ihrem Geburtstage, einen „guten" (manischen) oder „schlechten" (depressiven) Tag haben würde.

Diese Beobachtung veranlaßte mich, nach ähnlichen Fällen zu fahnden und in der Literatur nach etwaigen entsprechenden Mitteilungen Umschau zu halten.

Ich teile zunächst meinen eingangs erwähnten Fall mit.

Fall 1. Frau Th. M., aufgenommen in das Sanatorium »Waldhaus« am 27. 3. 09, geb. 1839, bei der Aufnahme also nahezu 70 Jahre alt. Erbliche Belastung: Die Großmutter mütterlicherseits soll geisteskrank gewesen sein (?). Die Eltern waren gesund. Ein Bruder war mehrmals in einer Irrenanstalt, soll epileptisch gewesen sein, war einige Jahrzehnte krank, starb 72 Jahre alt. Ein anderer Bruder leidet an religiösem Wahnsinn. Zwei Schwestern gesund, eine war teilweise gelähmt, ist gestorben. Sonst über Belastung nichts bekannt.

Mit elf Jahren Veitstanz. War sonst körperlich immer gesund. Verheiratet 1860—1902: zwei gesunde Töchter leben, ein Sohn im 45. Lebensjahre an Tuberkulose gestorben, ein zweiter mit 24 Jahren an Influenza-Lungenentzündung. Sie hat wohl eine gewisse Krankheitsanlage gehabt, hat sich immer bemitleiden lassen, war immer etwas nervös, ohne Energie, widerstandslos, passiv, kümmerte sich nicht um die Wirtschaft, war apathisch, auch in ihrem Verhältnis zum Mann und zu den Kindern. War ihrem Manne nicht an Bildung gewachsen und gleichwertig, das hat sie wohl geschmerzt. Fühlte sich immer zurückgesetzt, nicht genügend gewürdigt; war sehr eitel; nicht gerade anspruchsvoll; reagierte auf alles mit Unlustgefühlen. Alle diese Erscheinungen arteten seit 30 Jahren immer mehr aus. Schlimm ist es schon seit etwa 20 Jahren, ca. 1890, ihrem etwa 50. Lebensjahre. Sie äußerte in immer steigenden Maße hypochondrische Klagen über ihre Augen, ihre Ohren, allerlei Schmerzen, Schwäche, Schlaflosigkeit; war meist verstimmt, hielt sich für schwerkrank und schwach und deshalb für der äußersten Rücksichtnahme ihrer Umgebung bedürftig. Sie kümmerte sich nicht um ihre Angelegenheiten, lag meist im Bett; zeigte keine eigentlichen Intelligenzdefekte, nur eine Einschränkung ihrer Interessen auf den engeren Gedankenkreis ihrer hypochondrischen Beschwerden. Keine Sinnestäuschungen, keine Verfolgungswahnvorstellungen, keine unsinnigen Handlungen.

Vom 11. 5. 06—27. 3. 09 in der Dr. Scholinusschen Privatanstalt in Pankow. Nach dem dortigen Krankenblatt (Diagnose: hysterisches Irresein) war der Krankheitszustand während dieser ganzen drei Jahre ziemlich unverändert der gleiche: Keinerlei wesentliche körperliche Abweichungen von der Norm, nur öfters Pulsunregelmäßigkeiten, die durch Tinct. Digital. schnell behoben wurden. Das psychische Krankheitsbild wird beherrscht einmal durch zahlreiche hypochondrische Klagen, Beschwerden und Erscheinungen, gleichzeitig aber durch ein manisches Wesen. Sie klagt über »brandiges« Blut, über Schmerzen im ganzen Körper, Kopfschmerzen, Brausen in den Ohren, Nerven-

schwäche; die Hände hätten eine unnatürliche Farbe, die Fingergelenke wären zu locker, die Zunge sei zu dick und sähe schrecklich aus, die Augen wären schwerkrank, die Ohren wären gar nicht aus Fleisch, sie könne nicht hören, die Haut sei bald zu rot, bald zu blaß, das Fleisch falle von den Knochen, die Rippen wären falsch eingesetzt usw. Das Essen sei »nicht für sie passend«, das könnten wohl andere vertragen, aber nicht ihr schwerkranker Körper. Die Nahrungsaufnahme ist oft ungenügend, sodaß sie einige Male mit der Sonde ernährt werden mußte; »macht sich dabei sehr interessant, scheint es nicht einmal ungern zu sehen«. Muß stets mit großer Energie zum Spazierengehen veranlaßt werden. Geht außerordentlich behutsam, um zu demonstrieren, wie schwer krank sie ist. Bewegt sich aber, wenn sie sich nicht beobachtet glaubt, flink und rüstig. Klagt, sie sei zu schwach zum Schreiben, sie könne keine Feder halten, nicht sehen; setzt sich dann aber hin, um seitenlange, haarfein geschriebene Briefe zu verfassen. Hat für nichts Interesse als für ihre Person, liest nie eine Zeitung oder ein Buch. Dauernd Klagen und Wünsche; verlangt dagegen Abhilfe, Medikamente. Neben diesen hypochondrischen, vielleicht ein wenig »hysterisch« gefärbten Krankheitserscheinungen, werden dauernd »manische« Symptome erwähnt: Sie redet sehr viel, hat viele Wünsche, kommt von einem Gegenstand auf den anderen, verliert immer wieder den Faden, ist leicht echauffiert beim Reden; sie kommt vom Hundertsten ins Tausendste, man kann ihren Gedankengängen oft nicht folgen usw.

Über einen Wechsel des Affektzustandes von Tag zu Tag ist im Krankenblatt nichts vermerkt, auch nichts aus den Eintragungen zu erschließen. Es kann deshalb sein, daß ein täglicher Wechsel in diesem ganzen dreijährigen Zeitraum noch nicht bestanden hat. Es ist aber auch möglich, daß er der nicht besonders darauf gerichteten Aufmerksamkeit entgangen ist. Diese Möglichkeit hat deswegen eine gewisse Wahrscheinlichkeit für sich, weil der Affektwechsel bei uns schon von den ersten Tagen an konstatiert wurde.

Beobachtung im Sanatorium »Waldhaus« vom 27. 3. 09—27. 8. 1913. Vorgeschichte s. oben.

Körperlich zeigte Patientin außer einer mäßigen Arteriosklerose der peripheren Gefäße eine unregelmäßige Herzaktion; der Puls setzte oft aus; keine Herzverbreiterung, Herztöne rein. Am rechten Auge in der Nähe der Papille kleine Blutungen. Im übrigen keinerlei Störungen an den Hirnnerven, keine Motilitäts-, Reflexstörungen, usw. Der Blutdruck schwankte zwischen 160—190 R. R.

In psychischer Beziehung zeigte die Kranke vom Tage ihrer Aufnahme ab einen vollkommen regelmäßigen täglichen Wechsel ihres ganzen Wesens und Verhaltens. Und zwar dauerte dieser Wechsel die ganzen Jahre hindurch bis zu ihrer letzten Krankheit wenige Wochen vor ihrem Tode ohne jede Störung mit einer so absoluten Regelmäßigkeit an, daß man, wie schon eingangs erwähnt, mit Sicherheit im voraus berechnen konnte, ob sie an einem bestimmten Tage nach einigen Monaten einen »guten« oder »schlechten« Tag haben würde, daß ihre Angehörigen ihre Besuche danach einrichteten, usw. Es folgte bei ihr auf einen lebhaften Tag ganz regelmäßig ein stiller Tag, dem wieder ein lebhafter folgte, und so fort. Schon der Gesichtsausdruck war an den stillen und lebhaften Tagen ein so verschiedener und markanter, daß man sogleich beim Betreten des Zimmers wußte, in welcher Phase sich die Kranke befand. In den beiden verschiedenen Phasen aufgenommene Photographien lassen den charakteristischen Unterschied des Gesichtsausdruckes sehr deutlich hervortreten.

An den stillen Tagen ist das Gesicht ganz von Falten durchfurcht, der Gesichtsausdruck ist tief traurig, das Kinn ist auf die Brust gesunken. Bei einer Anrede erhebt die Kranke kaum ihren Blick; sie spricht wenig oder nichts und antwortet mit leiser, kaum verständlicher Stimme. Sie liegt an diesen Tagen meist apathisch und regungslos im Bett; alle Bewegungen sind langsam und mühselig. Sie erscheint im ganzen sehr gehemmt, sie atmet etwas mühsam, kneift die Augen oft zu, ißt sehr schlecht. Doch ist sie im ganzen recht passiv, läßt vieles mit sich machen, was an den lebhaften Tagen einem energischen Widerstand begegnet. So kann man sie an diesen Tagen ankleiden, auf die Veranda oder in den Garten bringen, baden, ihr reichlich Nahrung geben, usw. Trotzdem sie auf die meisten Fragen nicht antwortet, faßt sie doch alles auf und spricht am folgenden »lebhaften« Tage darüber.

An den »lebhaften« Tagen ist sie entweder mehr heiter-liebenswürdig oder mehr zornig-erregt-nörgelig. Das Gesicht hat an diesen Tagen einen vollkommen veränderten Ausdruck. Die Falten sind verschwunden, das Minenspiel ist lebhaft, interessiert; sie sieht um viele Jahre verjüngt aus. Sie spricht sehr viel, oft ununterbrochen, ist geradezu geschwätzig; sie ist in ihren Erzählungen ungeheuer weitschweifig, schweift andauernd in beinahe ideenflüchtiger Weise vom Gegenstand ab, kommt vom Hundertsten ins Tausendste, dabei zeigt sie eine lebhafte motorische Unruhe, einen ausgesprochenen Beschäftigungsdrang. Die Hände befinden sich in ständiger Bewegung, sie wechselt oft ihre Stellung im Bett, kramt alle ihre Briefschaften heraus, gibt zu jeder Ansichtskarte mit großem Wortschwall und unter dauernden Abschweifungen ihre Erklärung. Sie klagt fortdauernd über Brennen im Mund, spült den Mund aus, holt sich neues Wasser, macht einen kalten Umschlag um den Kopf, geht ins Bett, wieder heraus, läßt Urin usw. Irgendwelche Untersuchungen oder Maßnahmen (Baden, Spazierengehen, usw.) können an diesen Tagen nicht mit ihr vorgenommen werden. Sie widersetzt sich energisch, schimpft, klagt, daß kein Mensch wisse, wie es mit ihr steht. Dann bringt sie mit großem Wortschwall immer die gleichen, zahlreichen Klagen vor: Sie könne gar nicht begreifen, daß man das nicht sehe, es sei ja alles zusammengedrückt, die Stirnfalten, vom Kopfe aus. Sie habe entsetzliche Schmerzen im Kopf, auf dem Scheitel, in der letzten Zeit auch im Hinterkopf; meist nur rechtsseitig, es sei nur zeitweilig, aber ein wenig sei es immer. Auch der rechte Backenknochen und die Schläfe täten weh. Die Augen wären schlecht, ganz verändert, im Innern ganz ziegelrot, manchmal sei es so, als wenn in die Augen geschnitten würde, als wenn alles farbig vor den Augen sei, als wenn lauter Tiere vor den Augen tanzten und immer größer würden. Sie höre schlecht und habe öfters Sausen und Klingen in den Ohren, vor allem sei die Zunge entsetzlich dick, so daß sie kaum Platz im Munde habe; sie müsse fortwährend den Mund spülen, weil die Zunge ganz heiß und dick und ihr unbequem sei. Das Kinn sei viel kleiner geworden, und die Zähne seien nach oben bis an die Nase geschoben. Die ganze Mundpartie sei zusammengedrückt und lose, man könne die ganze Gesichtshaut in die Höhe schieben, sie sei zu lose. Die Mundhöhle sei zu klein, die Speisen gingen nicht ordentlich herunter; auch innerlich tue es ihr weh beim Essen, sie stoße nach dem Essen bitter und sauer auf, es sei gar kein Aufstoßen. Durch das Kauen litten die Augen, weil es ihnen zu nahe sei. An den Armen und Beinen habe sich das Fleisch von den Knochen gelöst, es sei ganz langsam und allmählich gekommen. In den Armen und Beinen brenne es und tue ihr weh, von selbst und wenn man darankomme.

Hin und wieder habe sie nachts ein Gefühl von Schwäche und Kälte in einem Arm, meist links. Sie habe keine Kraft in den Beinen, könne nicht ordentlich stehen und gehen, habe keinen Halt. Das ganze liege daran, daß das Blut brandig sei; ihr ganzes gutes Blut sei zerstört, sie sei ja innerlich ganz zerstört, es könne deswegen jeden Tag mit ihr zu Ende sein. Sie fühle das doch, es brenne im ganzen Körper, man müsse es doch ganz deutlich sehen können. Ihre ganze Haut sei voll kleiner Stiche. Die Arme und Beine seien so dünn, wie bei einem kleinen Kinde, alles sei zu schanden, »hier und hier« (sie zeigt dabei auf das Haar, die Stirn, die Brust, zieht die Unterlippe herunter, zeigt die Arme, die Beine usw.).

Der geschilderte Zustand, der regelmäßige Wechsel der beiden Phasen, der für jede Phase charakteristische Typus des Krankheitsbildes hielten, wie schon gesagt, während der ganzen Beobachtungsdauer an. Zeitweilig waren die Typen nicht so stark ausgeprägt, wie oben geschildert; doch war der Unterschied zwischen den beiden immer noch so charakteristisch, daß man beim Betreten des Zimmers stets ohne weiteres die Art des gerade bestehenden Typus erkennen konnte. Der Wechsel trat immer in der Nacht während des Schlafes ein. Morgens beim Sprechen zeigte Patientin bereits sehr ausgesprochen ihre Stimmungslage. Ihre hypochondrischen Klagen brachte die Kranke sowohl während der lebhaften, wie während der stillen Tage vor, aber natürlich in ganz verschiedener Weise; an den lebhaften mit großem Wortschwall und starkem Affekt, an den stillen mit leiser, wehmütiger Stimme: »Ja, Sie haben das ja noch gar nicht gesehen, meine Zunge, meinen Arm, usw.« Auch das fortdauernde Spülen des Mundes erfolgt an beiden Tagen, aber ebenfalls in ganz verschiedener, der »Phase« angepaßten, Art. Jeden Tröstungsversuch lehnt sie ab, durch Bemerkungen über ihr gutes Aussehen fühlt sie sich tief gekränkt. Sie wird dann und wann, wenn man sie zu irgendwelchen Prozeduren (Essen, Baden, Spazierengehen) zwingen will, an den lebhaften Tagen leicht zornig, schlägt nach der Pflegerin und nach dem Arzt. Infolge der verminderten Nahrungsaufnahme, da sie die Speisen oft nur kaute und dann wieder ausspie, weil sie sie nicht herunterschlucken könnte, gingen das Körpergewicht und der Ernährungszustand zeitweise bedrohlich zurück. Sie wurde dann geraume Zeit mit der Schlundsonde gefüttert, wodurch immer wieder eine Besserung des Körperzustandes erzielt wurde.

Mitte August 1913 Darmkatarrh, Verschlechterung der Herztätigkeit, später Bronchopneumonie; Tod am 27. 8. 13., nahezu 74 Jahre alt. Abgesehen von der durch die starke hypochondrische Einstellung bedingten Einengung des Interessenkreises waren eigentliche intellektuelle Störungen nicht vorhanden; ganz gewiß keine gröberen lakunären Ausfälle wie bei der Arteriosklerosis cerebri, aber auch keine besonders starken Abschwächungen des Gedächtnisses, der Auffassung, des Urteils, usw. Übrigens schrieb sie bis in die letzte Zeit hinein mit feiner, nicht zittriger Schrift längere Briefe an ihre Angehörigen.

In diagnostischer Beziehung bietet der Fall kaum sehr wesentliche Schwierigkeiten. Es handelt sich um eine, wohl erblich belastete, jedenfalls aber von Hause aus psychopathische Dame, die seit ihrem etwa 40.—50. Lebensjahre, also seit der Menopause, das Krankheitsbild der Hypochondrie darbot. Die Krankheit bestand etwa 30 Jahre bis zu ihrem Tode; in den letzten 7 Jahren, während deren sich die Kranke in Sanatoriumsbehandlung befand, zeigte das hypochondrische Krankheitsbild kaum irgend eine Änderung in qualitativer oder quantitativer Beziehung. Daß in der Scholinus'schen Anstalt» hysterisches

Irresein« diagnostiziert worden ist, erklärt sich wohl daraus, daß man den in der dortigen Krankengeschichte immer wieder erwähnten Übertreibungen, Symptomvortäuschungen, usw. eine ausschlaggebende Rolle zuerkannte. Ich glaube, daß sie nur als nebensächliche Erscheinungen zu werten sind, entstanden aus dem Wunsche des Hypochonders, seine Beschwerden auch der Umwelt deutlich zu machen. Daß auch die von mir gestellte Diagnose »Hypochondrie« allerlei Zweifeln begegnen wird, ist mir bewußt; viele Autoren stehen ja auf dem Standpunkte, daß es ein selbständiges Krankheitsbild »Hypochondrie« nicht gibt, sondern daß die Hypochondrie in der Regel ein Zustandsbild im Rahmen und Verlaufe eines anderen Krankheitsbildes oder -Prozesses sei. Ich glaube, daß, wenn dies auch in der großen Mehrzahl der Fälle zutrifft, man doch nicht umhin kann, in manchen Fällen die Diagnose »Hypochondrie« als die eines ganz selbständigen, eigenartigen Krankheitsbildes zu stellen. Daß in unserem Falle die Hypochondrie das Wesentliche war und auch den Vorrang hatte vor dem eigenartigen täglichen Wechsel zwischen den »manischen« und »depressiven« Phasen, der in den letzten 4 Jahren stattfand, unterliegt wohl keinem Zweifel. Denn an beiden Tagen wurden die gleichen hypochondrischen Klagen vorgebracht, sowohl an den lebhaften, wie an den stillen, nur der Stimmung entsprechend in recht verschiedener Art, wie das oben geschildert ist. Das ganze Krankheitsbild wurde durchaus beherrscht von den zahlreichen hypochondrischen Klagen und Beschwerden, die in immer der gleichen monotonen Weise vorgebracht wurden und durchaus den Charakter unbeeinflußbarer Wahnvorstellungen zeigten. Daneben erhielt das Krankheitsbild ein eigenartiges Gepräge durch den geschilderten täglichen Phasenwechsel. Es ergibt sich aus den ausführlichen Schilderungen der beiden verschiedenen Phasen, daß sie den manischen und depressiven Zustandsbildern des zirkulären Irreseins entsprechen. Der stille Tag mit seiner traurigen Verstimmung, der Hemmung des Denkens und Handelns, der Passivität und Lenkbarkeit, den hypochondrischen Ideen ähnelt in jeder Beziehung der depressiven Phase einer zirkulären Psychose. Es fehlen die in diesem Zustandsbild sonst so häufig vorhandenen Selbstvorwürfe, Versündigungsideen, Lebensüberdruß und Selbstmordneigung. Andererseits entspricht der »lebhafte« Tag mit seiner gehobenen, entweder lebhaft-heiteren oder zornig-nörgelnden Stimmung, mit der Geschwätzigkeit, Vielgeschäftigkeit, Ideenflucht, der Aktivität und Unlenkbarkeit der manischen Phase der zirkulären Psychose. Nicht vorhanden sind die diesem Zustandsbild sonst so oft eigene Selbstüberhebung, die Größenideen, die zahlreichen Pläne, der Drang zum Lebensgenuß. Es fehlen also beiden Phasen wesentliche Erscheinungen, und zwar ziemlich genau die korrespondierenden: Selbstvorwürfe — Selbstüberhebung, Versündigungsideen — Größenideen, Lebensüberdruß — Drang zum Lebensgenuß. Außerdem wurden auch die manischen Phasen völlig von hypochondrischen Ideen beherrscht. Man hat bei einer Betrachtung des gesamten Krankheitsbildes durchaus den Eindruck, als ob der tägliche Phasenwechsel nur etwas Formales, neben der eigentlichen Krankheit (Hypochondrie) Einhergehendes sei, ein dauernder, regelmäßiger, periodischer Wechsel der äußeren Erscheinungsform, der aber gewissermaßen nur äußerlich ist, während die Hypochondrie den Kern der Erkrankung darstellt. Sie ist anscheinend auf dem Boden der psychopathischen Persönlichkeit entstanden, hat sich im Rückbildungsalter, etwa zur Zeit der Menopause entwickelt und dann immer mehr an Intensität zugenommen. Die zahlreichen hypochondrischen Beschwerden und Klagen

sind sicher wenigstens teilweise durch irgendwelche Mißempfindungen bedingt, wie sie in den durch Arteriosklerose und andere Altersveränderungen affizierten Organen hervorgerufen werden, und die nun in hypochondrischer Weise übertrieben und ausgewertet werden. Der Phasenwechsel ist als eine davon unabhängige psychopathologische Erscheinung anzusehen. Es hat sich leider nicht feststellen lassen, wie lange und ob überhaupt er in früheren Jahren bei der Kranken bestanden hat. Ich bemerke schon hier, und das wird sich noch besonders aus den weiteren Mitteilungen und Auseinandersetzungen ergeben, daß es mir in keiner Weise angängig erscheint, diesen Fall wegen des manisch-depressiven Phasenwechsels zur zirkulären Psychose zu rechnen. Es sei deshalb auch nur kurz erwähnt, daß es mir völlig abwegig erscheint, unter der Annahme einer solchen zirkulären, manisch-depressiven Erkrankung das Vorhandensein der hypochondrischen Ideen während der manischen Phasen als Ausdruck der »Mischform« anzusehen. —

Ich möchte jetzt zunächst über die weiteren Fälle berichten, in denen ich einen ähnlichen Phasenwechsel beobachten konnte. Es sei im voraus gesagt, daß kein einziger diese eigenartige Erscheinung in solcher Reinheit darbot, wie der eben geschilderte Fall. Ich möchte sie deshalb auch nur in aller Kürze mitteilen.

Fall 2. Frau R. H., im Sanatorium »Waldhaus« vom 11. 11. 11.—13. 11. 12. Bei der Aufnahme nahezu 38 Jahre alt. Vater und Bruder an Tbc. gestorben, Vater Alkoholist (?). Verheiratet seit 1894, drei gesunde Kinder. Bis auf ein großes Hinterkopfkarbunkel im Jahre 1902 immer gesund gewesen. War stets sehr erregbar, ängstlich, durch unangenehme Ereignisse für lange Zeit aus dem Gleichgewicht gebracht, eifersüchtig. Anfang 1910 über ein »Verhältnis« des Mannes mit einem Kinderfräulein sehr erregt und deprimiert. Nach vorübergehender Beruhigung seit Juli 1910 wieder sehr erregt, redete nur von der »Affaire«, vernachlässigte die Wirtschaft, kümmerte sich nicht um die Kinder, betätigte sich nicht mehr im Geschäft. In den letzten 2—3 Monaten verschlechterte sich der Zustand, sie lag im Bett, war schlaflos, schimpfte auf den Mann, wollte ihn und die Kinder umbringen, griff ihn tätlich an. Äußerte, sie sei so unglücklich, weil sie sich belogen fühlte, sie habe keinen Hals mehr, die Lungen seien ihr weg, sie habe soviel Wasser im Leib, sei rettungslos verloren usw.

Im Sanatorium sehr unruhig, jammert den ganzen Tag, schreit in sinnloser Weise, wiederholt stundenlang in stereotyper Weise immer dieselben Worte, glaubt sich vergiftet, verkennt die Personen ihrer Umgebung, ißt und schläft schlecht. Dieser Zustand dauert während der folgenden Monate an: Sie bleibt nicht im Bett, läuft Tag und Nacht umher, schreit, ist tätlich gegen das Pflegepersonal, zerkratzt sich die Haut am ganzen Körper, wiederholt immer wieder: ihr Mann sei hier im Hause, man gebe ihr Gift im Essen. Körperlich keine wesentlichen Abweichungen von der Norm. Im Februar/März 1912 nicht mehr so laut, wird allmählich negativistisch, spricht und antwortet nicht, verweigert die Nahrung, muß mit der Sonde ernährt werden. Im April/Mai nimmt sie zeitweilig von selbst Nahrung, antwortet auf Fragen mit leiser Stimme, zeigt sich orientiert, oft unruhig.

Während der Monate Juni und Juli zeigt sie einen ganz regelmäßigen täglichen Wechsel des Verhaltens: An dem einen Tage ist sie ruhig, spricht nichts, liegt mit zufriedenem Gesichtsausdruck ruhig im Bett, nimmt aus-

reichend Nahrung zu sich, schläft gut. Am folgenden Tage ist sie ängstlich, ratlos, unruhig, jammert unausgesetzt vor sich hin, ob sie wahnsinnig sei, ob sie verrückt sei, sie widersetzt sich allen Maßnahmen auf das heftigste, zerkratzt sich den ganzen Körper, ist nicht im Bett zu halten, nimmt wenig oder keine Nahrung zu sich, beißt die Zähne zusammen, so daß man ihr auch mit Zwang nichts beibringen kann; steht neben dem Bett, antwortet nicht auf Fragen; schläft nachts nicht. Dieser Phasenwechsel wurde durch tägliche Aufzeichnungen kurvenmäßig registriert; er war, wie gesagt, von Anfang Juni bis gegen Ende Juli absolut regelmäßig, Tag um Tag. Dann wurde er etwas unregelmäßiger. Von Mitte August bis Mitte September fieberhafte Infektionskrankheit, wahrscheinlich Typhus abdominalis (?). Der Phasenwechsel trat während dieser Zeit völlig zurück. In der ersten Hälfte des Oktober wieder Fiebersteigerungen, ohne daß sich eine Ursache feststellen ließ, dann körperliche Erholung und Besserung des psychischen Krankheitszustandes. Nach Mitte Oktober ist sie klar und geordnet, weiß nichts von ihren Krankheitserscheinungen oder will nichts davon wissen, ist heiterer Stimmung, zeigt Interesse für die Umgebung. Anfang November Gallenblasenentzündung; für einige Tage ängstlich, hört Stimmen rufen, fängt wieder an zu kratzen. Bald wieder ruhig und geordnet. Am 13. 11. 12 entlassen.

Weiteres Schicksal unbekannt.

Diagnose: Schizophrenes Krankheitsbild.

Es handelt sich also um einen im Verlaufe eines schizophrenen Zustandsbildes während zweier Monate episodisch auftretenden regelmäßigen täglichen Phasenwechsel von „ruhigen" und „unruhigen" Tagen.

Fall 3. Frau R. F. geb. 1858, verheiratet 1885, 2 gesunde Kinder. Nachdem sie schon seit 2 Jahren psychische Krankheitserscheinungen gezeigt hatte, wurde sie am 30. 6. 22, also 64 Jahre alt, in eine Anstalt aufgenommen: Geistesstörung mit dauernder Unruhe und Beeinträchtigungsvorstellungen. Von dort am 14. 10. 22 in das Sanatorium »Waldhaus« verlegt, bot sie nur noch geringe Krankheitserscheinungen dar, sodaß sie schon am 15. 11. 22 als geheilt entlassen werden konnte. War dann gesund bis September 1925: Selbstvorwürfe, Angst, Unruhe. Seit Ende Dezember 1925: Sie sei von der Krankenschwester vergiftet worden, die Organe funktionieren nicht, das Gehirn sei völlig kaputt, sie müsse zugrunde gehen usw.; laut jammernd, ängstlich-erregt. Am 5. 2. 26 deshalb wieder im »Waldhaus« aufgenommen; befindet sich seitdem daselbst bis auf eine vierwöchige Pause während des September 1926: Sehr schlechter Ernährungs- und Kräftezustand, blasses, oft kachektisches Aussehen; irgendeine Ursache hierfür (Carcinom, pp.) außer den Altersveränderungen, der schlechten Nahrungsaufnahme, der Unruhe usw. konnte nie gefunden werden. Sonst auch keine wesentlichen körperlichen Abweichungen. Psychischer Zustand während der ganzen Jahre ziemlich unverändert: Sie zeigt, wenn auch nicht dauernd, so doch oft wochen- und monatelang einen regelmäßigen täglichen Phasenwechsel. Auf einen unruhigen Tag folgt ein ruhiger und so fort. Es kommen dann auch Perioden, in denen dieser eigenartige Wechsel mehr oder weniger verwischt oder nicht deutlich ausgeprägt ist, aber dann tritt die täglich wechselnde Verschiedenheit des Zustandsbildes oft wieder sehr deutlich in die Erscheinung. An den unruhigen Tagen jammert und schreit sie laut, bleibt nicht im Bett, kommt aus dem Zimmer, widersetzt sich allen Maßnahmen, kann nur mit Mühe ernährt werden: Man habe sie vergiftet, es brenne und

würge im Hals, sie habe überall Schmerzen, sei schwer krank, müsse sterben; sie habe ihre ganze Familie ruiniert usw.; zeitweilig Gehör- und Gesichtstäuschungen. An den ruhigen Tagen treten alle diese Erscheinungen mehr oder weniger zurück; sie ist manchmal völlig ruhig, freundlich, lächelt, spricht und antwortet, äußert kaum Klagen, nimmt gut Nahrung zu sich.

Diagnose: Senile Psychose paranoid-hypochondrischen Charakters.

Fall 4. Herr E. N. v. 28. 8. 28—10. 11. 28 im Sanatorium Waldhaus. 55 Jahre alt, verheiratet, 1 Sohn. Seit 18 Jahren Tabes dorsalis: Fehlen der Pupillarlichtreaktion, der Patellar- und Achillesreflexe, Ataxie. Seit Mai 1928 deprimiert, unruhig, ängstlich, weinerlich, verlor das Interesse an seiner Tätigkeit. Ende Juli Steigerung der Krankheitserscheinungen, Zustände heftigster ängstlicher Erregung, Lebensüberdruß. Deshalb Sanatoriumsaufnahme: Keinerlei intellektuelle Störungen, Sprache intakt, Liquor-Befund nichtparalytisch. Der Verdacht, daß es sich um eine Paralyse handeln könnte, war also auszuschließen. Er zeigte hier das Bild eines Depressionszustandes mit trauriger Verstimmung, Hoffnungslosigkeit, Angst, Lebensüberdruß.

Ganz auffallend war ein ziemlich regelmäßiger Wechsel von sehr schlechten und sehr viel besseren Tagen. War er an einem Tage tief deprimiert, hoffnungslos, unruhig und oft sehr erregt, und gar nicht zu beruhigen, so am folgenden Tage ruhig, hoffnungsvoll, freundlich, für Zuspruch zugänglich, geht spazieren, liest, unterhält sich usw. Dieser tägliche Phasenwechsel war ganz in die Augen springend und dauerte, wie gesagt, mit ziemlicher Regelmäßigkeit eine ganze Reihe von Wochen an, um zum Schluß sich zu verwischen. Gleichzeitig trat dann überhaupt ein Nachlassen der depressiven Krankheitserscheinungen ein, so daß Patient das Sanatorium sehr gebessert verlassen konnte. Im Verlaufe der nächsten Wochen sind dann die depressiven Symptome verschwunden.

Diagnose: Depressionszustand bei Tabes-dorsalis. [1])

Fall 5. Herr M. H., vom 30. 1. 12—4. 11. 12 im Sanatorium »Waldhaus«. Geboren 1859, Buchdruckereibesitzer, verheiratet 1891, kinderlos. Vater war ein Sonderling, verheiratete sich mit 60 Jahren zum zweiten Male, nahm sich zwei Monate danach das Leben. Die Mutter war schwer herzleidend, stets leicht erregbar. Von den 13 aus dieser Ehe hervorgegangenen Kindern starben 11 in frühester Kindheit, nur ein Bruder lebt, sehr nervös, egoistisch, Sonderling. Eine Vaterschwester durch Suizid gestorben, zwei andere angeblich geisteskrank gewesen. Pat. selbst, solange die Frau ihn kannte, in seiner Stimmung stets wechselnd, bald heiter, bald traurig, oft reizbar und heftig; als Sonderling galt er stets; nervös mindestens seit 1896. Seit 1905 periodenweise teils manisch (war sehr vergnügt, machte Witze, kam vom Hundertsten ins Tausendste, hatte Größenideen, tausend Pläne, war sehr geschäftig, fing allerlei Dinge an und beendete sie nicht, gab viel Geld aus, schlief nicht, weil er keine Zeit hatte, trank auch viel Alkohol usw.) und dann wieder periodenweise deprimiert (traurige Verstimmung, sprach wenig, aß wenig, Sorgen um die Zukunft, Lebensüberdruß, Selbstmordversuche). Im März/Mai 1906 zwei Monate im Sanatorium Fichtenhof-Schlachtensee: Seit Jahresbeginn Depression. Während des Sanatoriumsaufenthaltes typischer Depressionszustand, der allmählich abklingt. Keinerlei körperliche Erscheinungen. Geheilt entlassen.

---

[1]) Anmerkung bei der Korrektur: Der weitere Verlauf (apoplektischer Insult) ergab, daß mit großer Wahrscheinlichkeit doch wohl eine paralytische Erkrankung vorlag. Tod am Schlusse einer Malaria-Kur am 29. 4. 29.

Im Oktober 1907 zweite Aufnahme daselbst in einem manischen Erregungszustande, der in geringerem Grade schon seit drei Monaten bestanden hatte. Typischer manischer Erregungszustand ziemlich heftigen Grades. Nach zwei Wochen auf Wunsch der Frau ungeheilt entlassen. Der Erregungszustand dauerte weiter. Anfang 1908 deprimiert, vom 15. 1.—17. 2. 08 zum dritten Male im Fichtenhof: Depressionszustand, gebessert entlassen. In den folgenden vier Jahren mehrfach Erregungs- und Depressionszustände, wiederholt in Sanatoriumsbehandlung; 1911 wiederholte Zustände von Spracherschwerung. Vom 27.—30. 1. 1912 zum vierten Male im Fichtenhof: Manischer Erregungszustand ziemlich starken Grades. Die Patellar- und Achillesreflexe fehlen. War sehr störend, nach großen Unzuträglichkeiten entlassen und an demselben Tage im »Waldhaus« aufgenommen. Körperlicher Befund (zusammengefaßt): Klein, untersetzt, kräftig gebaut, korpulent, starkes Fettpolster. Rechte Pupille weiter als linke, beide eng (2, 5 : 2, 0 mm. dm.). Reaktion auf Licht rechts gering, links fehlend. R/C. beiderseits prompt. Beide Pupillen etwas entrundet. Augenbewegungen frei. Augenhintergrund normal, rechts Pigmentablagerung am temporalen Papillenrande. N. VII. frei; Zunge wird gerade herausgestreckt, zittert kaum fibrillär. Sprache tadellos glatt. Die Patellar- und Achillesreflexe sind nicht auslösbar. Kein Romberg, kein Babinski. Keine Ataxie beim Knie-Hacken-Versuch, keine gröberen Sensibilitätsstörungen. Ergebnis der Lumbalpunktion (4. 3. 12): Nonne sehr stark positiv, enorm viele Zellen, Wa. R. sehr stark positiv, Goldsol R. für Paralyse charakteristisch. Im Blut Wa. R. ++.

Das psychische Krankheitsbild zeigte mit großer Regelmäßigkeit einen täglichen Wechsel von ruhigen und unruhigen Tagen. An den ruhigen Tagen ist er heiter gestimmt, liebenswürdig, zu Scherzen aufgelegt, begrüßt den Arzt schon von weitem mit fröhlichem Zuruf, spricht ohne Unterbrechung, kommt vom Hundertsten ins Tausendste, lacht, singt, produziert blühende Größenideen, hat zahllose Pläne: Der Kaiser hat ihn ausgezeichnet, er sei Moltke, wolle Medizin studieren, Militärarzt werden, eine große Zeitung herausgeben, die Anstalt kaufen, die Ärzte zu Ministern machen, will eine Pflegerin heiraten, mit ihr zur Trauung nach London fahren, ladet alle Anwesenden zu Diners ein. Dabei starker Beschäftigungsdrang. Bewegt sich viel, schreibt sehr viel. Gesichtsausdruck strahlend vergnügt, lebhaftes Minenspiel gestikuliert mit den Händen.

An den unruhigen Tagen herrscht zumeist eine zornig-erregte Stimmung: Er schimpft auf jeden, der mit ihm in Berührung kommt, schreit in sinnloser Weise mit wutverzerrtem Gesicht, Schaum tritt ihm aus dem Munde, er stampft mit den Füßen gegen den Boden, brüllt: Der Wärter wäre grob gegen ihn, schlage ihn, man tue ihm alles zum Trotz, die Ärzte seien Verbrecher und Lumpen, seine Frau sei eine Hure usw. Er demoliert oft Gegenstände, ist aggressiv gegen das Personal, weint oft, beschmiert und zerreist seine Bücher, bringt alle Gegenstände im Zimmer durcheinander, wäscht sich mit Urin, trinkt Urin.

In den späteren Monaten traten die Größenideen sehr zurück, und es herrschte im ganzen eine mehr depressive Grundstimmung vor. Immerhin war ein ganz prägnanter Unterschied zwischen ruhigen und unruhigen Tagen vorhanden. An den ruhigen Tagen sitzt er schweigend mit deprimiertem Gesichtsausdruck da, faltet die Hände, spricht spontan nichts, antwortet auf Fragen mit leiser Stimme widerwillig und mühsam: Es gehe ihm schlecht, er habe

überall Schmerzen, was solle aus ihm werden, er hätte nicht geboren werden müssen, er sei immer überflüssig gewesen, usw. Auch an den unruhigen Tagen zeigte der Inhalt seiner Äußerungen fast ausschließlich depressiven Charakter im Sinne der Voraussagung kommenden Unglücks, ängstlicher Befürchtung, usw.: Hier werde alles zugrunde gehen, man werde keine Nahrungsmittel bekommen, die Patienten würden alle krepieren, es gehe ihm schlecht usw.; spricht dabei andauernd in ideenflüchtiger Weise, gestikuliert lebhaft, geht geschäftig hin und her, lächelt ein wenig, ist leicht zornig.

Bis auf ganz geringe Ausnahmen dauerte dieser Wechsel zwischen ruhigen und unruhigen Tagen während seines ganzen Aufenthaltes im »Waldhaus« mit großer Regelmäßigkeit an. Am 4. 11. 12 wurde er in die Anstalt Teupitz übergeführt und starb dort am 1. 4. 16. Nach dem dortigen Krankenblatt bestand jedenfalls eine ganze Zeit lang der Wechsel zwischen Tagen, an denen er lebhaft, redselig, ideenflüchtig, unzufrieden, zu Scherzen geneigt, und solchen, an denen er deprimiert, wortkarg, menschenscheu war, fort. In den letzten Jahren unsinnige Größenideen, große Unruhe, Unsauberkeit, Erregungszustände, Sprachverschlechterung, zeitweilig deprimiert usw.

Es ist aus dem Krankenblatt nicht zu entnehmen, ob der Phasenwechsel auch in den letzten Jahren bestanden hat. Tod an Herzschwäche.

Diagnose: Progressive Paralyse.

Es handelt sich also um einen erblich mit Affekt-Psychose belasteten, von Hause aus nervösen, affekt-labilen Mann, der wahrscheinlich seit seinem 37., sicher seit seinem 46. Lebensjahr an manisch-depressivem Irresein litt. In seinem 53. Lebensjahre wurden die Erscheinungen der Tabes dorsalis festgestellt, und wenn man anfangs auch noch annehmen konnte, daß es sich um eine Kombination von Tabes und zirkulärem Irresein handeln könnte, hat der Verlauf doch bewiesen, daß es sich um eine progressive Paralyse handelte. Ich will auf die Beziehungen zwischen Syphilis, manisch-depressivem Irresein und Paralyse hier nicht eingehen, und es zunächst unentschieden lassen, ob Syphilis und zirkuläres Irresein nebeneinander herliefen, ob das zirkuläre Irresein durch die Syphilis in die Erscheinung gerufen wurde, oder ob das zirkuläre Krankheitsbild nur das erste Stadium einer langsam, zirkulär verlaufenden Paralyse war. An dieser Stelle interessiert nur der viele Monate lang beobachtete regelmäßige Phasenwechsel zwischen ruhigen und unruhigen Tagen. Und zwar zeigte dieser Phasenwechsel zwei Typen. In den ersten Monaten wechselten Tage von heiterer manischer Erregung mit solchen von zorniger Erregung. An beiden Tagen besteht ein manisches Zustandsbild, und doch sind beide völlig verschieden. In den späteren Monaten dagegen wechseln Tage, an denen er ausgesprochen deprimiert ist, mit solchen, an denen er zwar auch nur depressive Ideen äußert, aber doch äußerlich alle Erscheinungen des manischen Zustandsbildes (Rede- und Beschäftigungsdrang, Ideenflucht, leicht heiterer Gesichtsausdruck, Neigung zu zorniger Erregbarkeit) darbietet.

Fall 6. O. J. Kaufmann, geb. 1877. Im Sanatorium »Waldhaus« vom

19. 10. 10 bis 31. 12. 10. Keine Belastung. Immer gesund gewesen. Vor 10 Jahren Syphilis. Seit 2 bis 3 Jahren sehr nervös, seit einigen Monaten Größenideen, unsinnige Geldausgaben, Selbstmordideen. Typischer Paralyse-Befund. Gebessert entlassen. Nicht mehr berufsfähig, zunehmende geistige Verschlechterung. Wiederaufnahme am 30. 3. 12: Fehlende Pupillenlichtreaktion, Pupillen different, entrundet, Sprachstörung, Sehnenreflexe gesteigert. Demenz. Euphorie. In den folgenden Jahren allmähliche Abnahme der körperlichen und geistigen Kräfte, bietet den üblichen Verlauf der Paralyse dar. Tod am 22. 6. 1915 an Decubitus.

Er bot während wochen- und monatelanger Perioden schon vom Juni bis August 1912, aber dann auch wieder noch im November/Dezember 1914 und Januar 15 einen oft ganz regelmäßigen Wechsel, von »guten«, lebhaften und heiter-erregten Tagen mit solchen, an denen er deprimiert und gehemmt war. An den »guten« Tagen heiter, zufrieden, hoffnungsvoll, gesprächig; an den »schlechten« traurig, mißmutig, unzufrieden, hoffnungslos, klagt, er habe unerträgliche Schmerzen, es sei noch kein Atom besser geworden, es werde auch nie besser werden.

Diagnose: Typische Paralyse mit zeitweilig auftretendem Phasenwechsel.

Fall 7. H. Sch. Kaufmann, geb. 1870, verheiratet seit 1900, 2 Kinder. Keine Belastung. Syphilisinfektion vor der Ehe. Seit einem Jahr vor der Aufnahme Verschlechterung der Sprache, im Frühling 1907 »Paralyse« festgestellt. Im Sanatorium »Waldhaus« vom 2. 7. 08 bis 2. 5. 17. Expansives Paralysebild. mit wechselnden, unsinnigen Größenideen und heftiger Erregung. Pupillendifferenz, sehr träge Lichtreaktion, Sprachstörung, gesteigerte Reflexe. Seit Mitte 1909 zunehmende Verblödung. Seit 1911 spricht und antwortet er nicht, stößt nur unartikulierte Laute aus, muß gefüttert werden, ist unsauber, zupft dauernd am Bettzeug, Tod an Entkräftung.

Gegen Ende des Jahres 1908 ließ sich etwa zwei Monate lang von Mitte November 08 bis Mitte Januar 09 ein ziemlich regelmäßiger Wechsel von Tagen heftigster Erregung und solchen verhältnismäßiger Ruhe tabellarisch feststellen.

Fall 8. Herr B. H., geb. 1865, Fabrikbesitzer, verheiratet seit 1901, zwei Kinder, von denen eins geistig zurückgeblieben ist. Mutter geisteskrank, Mutterbruder nervös. 8 Jahre vor der Aufnahme Auftreten tabischer Erscheinungen, seit einem Jahre Sprachstörung und psychische Ausfallserscheinungen. Im Sanatorium »Waldhaus« v. 6. 8. 11 bis 14. 11. 14: Tabes-Paralyse. Das Zustandsbild wechselt zwischen größter Euphorie mit Produktion unsinniger Größenideen und tiefster Depression. Allmählicher körperlicher und geistiger Verfall. Exitus. Im Dezember 1911 und Januar 1912 ziemlich regelmäßiger Phasenwechsel zwischen guten und schlechten Tagen. An den guten Tagen heiter, zufrieden, hoffnungsvoll, voller Interesse für Umgebung und Familie, gute Nahrungsaufnahme; an den schlechten unzufrieden, nörglig ablehnend, schimpft über alles.

Diagnose: Tabesparalyse mit vorübergehendem Phasenwechsel

Fall 9. Herr M. St. im Sanatorium »Waldhaus« vom 24. 5. 09— 15. 11. 09 und vom 27. 8. 10—26. 1. 11. Kaufmann, geboren 1873, seit 10 Jahren verheiratet, 2 Kinder. Keine Belastung. Seit einem Jahre Sprachverschlechterung und psychische Ausfallserscheinungen, zuletzt wechselnd depressive und expansive Wahnvorstellungen. Während des ersten Aufenthalts Abklingen der Größen- und Verfolgungsideen; R/L etwas träge, leichte Sprachstörung,

gesteigerte Reflexe; Euphorie, geistige Schwäche, gebessert entlassen. Bei der zweiten Aufnahme zeigte er einen zunächst regelmäßig Tag um Tag erfolgenden Stimmungswechsel: Ist an einem Tage euphorisch, sei der beste Tenor, will als Sänger ans Metropol-Theater gehen, sieht alles im rosigen Licht, das Essen sei vorzüglich, seine Frau werde alle Tage hübscher, die Kinder seien Prachtstücke, er sei hier der schönste und stärkste Mann. Am nächsten Tage ist er tief deprimiert, sein Mund sei schief, er könne ihn nicht schließen, könne nicht sprechen, sein Bein sei geschwollen, alles werde dick, der Bauch schwelle auch auf, er werde sterben, usw., nimmt wenig oder keine Nahrung, jammert. Dieser Phasenwechsel dauerte 4 Wochen an, um dann zwar die Regelmäßigkeit des täglichen Wechsels zu verlieren, aber sonst in unregelmäßiger Weise noch eine Zeit lang fortzubestehen. Wa. R. im Blut: ++++. Später Decubitus, Exitus.

Fall 10. Herr M. R., im Sanatorium »Waldhaus« vom 30. 7. 15—8. 4. 16; geboren 1867, höherer Bankbeamter, verheiratet seit 1898, zwei gesunde Kinder, Mutter-Vater Trinker; Mutter machte nach der dritten Entbindung eine geistige Störung durch; starb an einem Rückenmarksleiden. Pat. selbst war immer ängstlich, pedantisch, litt viel an Kopfschmerzen, mit 21 Jahren Syphilis, mehrere Kuren. In den letzten zwei Jahren reizbarer geworden. Seit Oktober 14 ängstlich, unruhig, starkes Krankheitsgefühl, konnte nicht arbeiten, weinerlich, Angst vor Geisteskrankheit, glaubte sterben zu müssen usw. Hin und wieder Zwangsvorstellungen.

Keinerlei körperliche Störungen feststellbar.

Das psychische Verhalten wechselt Tag um Tag: An einem Tage deprimiert, klagt, daß er alles anders empfindet als früher, daß es in seinem Körper unruhig sei und rumore; die Augen seien verändert, wie leblos; wenn er sie schließe, sei es, als ob sie nach innen fielen; er schlafe wohl, aber es sei kein richtiger Schlaf, ebenso sei es mit dem Essen; die Beine wollen nicht recht, er ermüde leicht; habe das Gefühl, als ob sein Brustkorb und seine Arme von außen eingedrückt würden; manchmal Zwangsideen, als ob er plötzlich schreien müsse; fürchtet manchmal, daß es mit ihm aus sei. Am folgenden Tage viel freier und munterer, weiß selbst, daß sein Befinden Tag um Tag wechselt.

Gebessert entlassen. Während des ganzen Aufenthaltes keine körperlichen Störungen, keine Anhaltspunkte für Paralyse.

Diagnose; Depressionszustand mit wesentlich hypochondrischen Vorstellungen bei einem konstitutionell depressiven Mann. Täglicher Phasenwechsel im Sinne eines Anschwellens und Nachlassens der depressiv-hypochondrischen Ideen.

Fall 11. Fräulein E. H. im Sanatorium »Waldhaus« vom 23. 9. 13—18. 11. 14 und 8. 4. 15—22. 5. 15. Geboren 1891. Keinerlei Belastung. Seit 2 Jahren in ihrem Wesen verändert, grimassiert, lacht unmotiviert, zeitweilig Gehörstäuschungen und Erregungszustände.

Schizophrenes Krankheitsbild: Läppisches, maniriertes Wesen, lacht oft unmotiviert; oft ablehnendes Verhalten, reagiert auf Fragen nur durch Stirnrunzeln, Grimassieren, wendet sich ab, geht in die Zimmerecke oder aus dem Zimmer heraus; ißt sehr hastig, schlingt die Speisen herunter, schmatzt und kaut laut wie ein Tier, schüttet die Getränke in den Schlund, spuckt viele Speisen wieder auf den Teller zurück; oft zornig, erregt, schimpft in unflätiger Weise, wird aggressiv gegen Arzt und Personal; hebt im Park ihre Kleider ganz hoch, ist unsauber, unordentlich in ihrem Anzug, entleert ihren Kot in

den Zimmereimer, wirft Speisen und Sachen zum Fenster hinaus, beschmiert das Zimmer mit Kot usw.

Zeigt einen Phasenwechsel, der wochenlang ganz regelmäßig Tag um Tag erfolgt, dann aber auch wieder unregelmäßiger ist, so daß auf einen schlechten Tag zwei gute Tage folgen, usw. An einem Tage vergnügt, ausgelassen, höflich, liebenswürdig, antwortet auf Fragen, äußert allerlei Wünsche usw., am folgenden ziemlich oder ganz ablehnend, mürrisch, gereizt, grob, spricht wenig oder nichts usw. Auch während des zweiten kurzen Aufenthaltes im Jahre 1915 trat dieser tägliche Wechsel zwischen ruhigen (niedergeschlagen, stumm, abweisend) und unruhigen (lebhaft, gereizt, zornig, aggressiv) Tagen sehr deutlich in die Erscheinung.

Diagnose: Schizophrenie mit oft regelmäßigem, täglichem Stimmungswechsel. —

Ich will jetzt zunächst kurz über die Mitteilungen berichten, die ich in der Literatur über täglichen Phasenwechsel gefunden habe. Auf Vollständigkeit kann diese Zusammenstellung aber keinerlei Anspruch machen.

Pilcz (*Alexander Pilcz*, Die periodischen Geistesstörungen. Eine klinische Studie. Jena, Gustav Fischer. 1901) sagt (S. 58): „Es gibt sehr seltene Fälle, in welchen Manie und Melancholie innerhalb weniger Tage, ja täglich miteinander alternieren. „Er erwähnt Fälle von *Mc. Lulich* (Journal of mental science. 1899, July, p. 554: A case of circular insanity in which the duration of each phase exists for only one day.) Also täglicher Wechsel! Andere Fälle mit sehr kurz dauerndem (oder täglichem?) Wechsel der manisch-depressiven Phasen seien noch publiziert von *Baillarger, Dubuisson* (Traité des vésanies, Paris. 1816, pag. 128, 196, 205) und *Brierre de Boismont* (Annales médico-psychologiques 1854, p. 144—1851. pag. 581, 602. — 1858 / 59 T. IV. V. Diskussion über zirkuläre Verlaufsart der progressiven Paralyse). *Florimond* (zit. bei *Lunier*, Annales médico-psychol. 1879 T. IX, p. 432) habe folgenden Fall mitgeteilt: Eine 37 Jahre alte Frau, Angstmelancholie, war jeden zweiten Tag sehr ängstlich, hatte oft Konvulsionen, an den anderen Tagen ruhig und guter Dinge. Nach zwei Monaten Dauer „Heilung“ dieses Krankheitsbildes, nach weiteren zwei Monaten neue Erkrankung, die als Paralyse erkannt wurde.

Schreiber (Archiv für Psychiatrie u. Nervenkr. Bd. 34, S. 225, 1901) teilt einen Fall von sieben Jahre lang dauerndem zirkulärem Irresein mit täglich alternierendem Typus bei einem mit Apoplexie behafteten Individuum mit.

Moravczik (*Ernst Emil M.*: Rascher Wechsel expansiver und depressiver Zustandsbilder in einem Falle progressiver Paralyse. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych. Jg. 31, S. 409, 1908) beschreibt einen Fall von Paralyse, bei dem während eines Zeitraumes von vier Monaten der expansive Zustand genau 24 stündlich mit einem depressiven in der Weise alternierte, daß gewöhnlich um 7 Uhr morgens

ohne jeden Übergang das Zustandsbild wechselte. *M.* glaubt, daß diese Erscheinung im Sinne der *Meynert*schen Theorie durch vasomotorische Störungen (Klinische Vorlesungen über Psychiatrie. Wien 1890, S. 5—9) zu erklären sei.

Kraepelin (*Emil Kraepelin,* Psychiatrie, Lehrbuch, 8. Aufl., 1913, Bd. III, 2. Teil, S. 807) beobachtete eine an Dementia praecox leidende Kranke, bei der sich ein mit größter Pünktlichkeit eintretender täglicher Wechsel zwischen völlig gesellschaftsfähigem Verhalten und heftiger Tobsucht herausgebildet hatte, der mindestens ein Jahrzehnt hindurch fortbestand.

Bleuler (*E. Bleuler,* Handbuch der Psychiatrie, herausgegeben von *G. Aschaffenburg.* Spezieller Teil. 4. Abteilung, 1. Hälfte. Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien. 1911, S. 197) berichtet: „Ich habe einen Fall gesehen, der mehr als 30 Jahre lang immer den einen Tag manisch, den andern deprimiert war; und dieses Verhalten änderte sich auch nicht, als die Hirnatrophie des Alters ihre Symptome zu der Schizophrenie hinzutrug. Bei einer anderen Kranken dauerten die Phasen viele Jahre lang 25 Stunden; der Wechsel fiel dann in jede Tageszeit und war ein momentaner. Eine Katatonika war lange Zeit an einem Tage verhältnismäßig gut, arbeitete, aß sehr viel, sprach aber wenig. Am andern Tage war sie stuporös, negativistisch, unbeweglich, abstinierte. Eine chronisch Katatonische war regelmäßig jeden zweiten Tag aufgeregt, schrie und verbigerierte; an den anderen Tagen war sie stuporös, lenksam; gab man ihr an den Lärmtagen Schlafmittel, so wurde der Zyklus verschoben; sie blieb an diesem Tage ruhig, lärmte aber am folgenden. *Naecke* nennt solche Fälle Katatonia alternans; einer seiner Kranken war zuweilen ca. 25 Stunden in Erregung und ca. 29 Stunden im Stupor."

Stransky: (*Erwin Stransky,* Handbuch der Psychiatrie, herausgegeben von G. Aschaffenburg. Spezieller Teil. 6. Abteilung, 1911 Das manisch-depressive Irresein S. 84) sagt: »Doch sind . . . unter den Zyklothymien . . . sogar Fälle mit vierundzwanzigstündigem Phasenwechsel, mit »guten« und »schlechten« Tagen, die in regelmäßigem Reigen einander ablösen, beschrieben worden.

Auch *Rehm* (*Otto Rehm*: Das manisch-melancholische Irresein. Monographien aus dem Gesamtgebiete der Neurologie und Psychiatrie. Heft 17, 1919, S. 54) gibt an: »Wir finden bei manchen Fällen einen zeitlich genau abgegrenzten Verlauf, eine Periodizität, die beinahe kalendermäßig verläuft. Wir finden Schwankungen von Tag zu Tag, von Woche zu Woche usw., wir finden Fälle, in denen zu einer bestimmten Zeit fast nach der Uhr ein depressiver Zustand einem normalen Platz macht«.

Pernet (*J. Pernet*: Über die Bedeutung von Erblichkeit und Vorgeschichte für das klinische Bild der progressiven Paralyse. Ab-

handlungen aus der Neurologie, Psychiatrie usw., herausgegeben von K. Bonhoeffer. Heft 2, 1917) teilt (S. 48) einen Fall von progressiver Paralyse mit, der »in den letzten Wochen regelmäßig einen Tag euphorisch, einen depremiert« war, und einen weiteren (S. 51), der schon vor der Aufnahme einen tageweise alternierenden Typus von Exaltation und Depression zeigte; bald sprach er über die enormen Erfolge seines Geschäftes, bald äußerte er sich in verkleinernder Weise über die Lage seiner Finanzen«. In der Anstalt weiterhin der schon genannte alternierende Typus. Sowohl an den Tagen der Depression, wie an denen der Exaltation wenig Interesse an der Außenwelt. Die Exaltation war immer verbunden mit Reizbarkeit, während sich Pat. in den Zeiten der Depression auffallend still verhielt. In diesem Turnus, der sich über 8—9 Monate erstreckte, überwog ganz deutlich die Depression an Intensität.

Deny (*Pierre-Kahn*: La Cyclothymie usw. mit einer Vorrede von M. G. Deny, 1909. Referiert: The journal of mental science. Vol. 57, Nr. 236. Januar 1911. S. 146) beobachtete einen Professor der Musik, der immer einen Tag erregt und am folgenden deprimiert war; an den expansiven Tagen geht er den ganzen Tag aus, gibt seine Unterrichtsstunden usw.; am folgenden Tage bleibt er zu Hause, ist tief deprimiert, liegt meist den ganzen Tag im Bett. Der Wechsel ist so vollkommen regelmäßig, daß die Tage, an denen er Musikunterricht geben kann, für Monate im voraus bestimmt werden können.

Schließlich hat *Wiesel* (*F. Wiesel*. Ein Fall von manisch-depressiver Erkrankung mit täglich wechselnden Phasen. Clin. psychiatr. univ. Lund. Acta psychiatr. et neurol. Bd. 2, H. 2, S. 146, 1927. Referiert. Der Nervenarzt. Heft 1, Jg. 1, 1928, S. 67) folgenden Fall mitgeteilt: Vater »schwieriger Charakter«, dessen Schwester litt an einer senilen Psychose, dessen Bruder an einer Schizophrenie von zirkulärem Typus. Patient selbst zeigt in seinem früheren Leben schizoide und reaktiv-depressive Erscheinungen. 3 Jahre vor der Aufnahme nach einem finanziellen Verlust Beginn eines Phasenwechsels zwischen »guten« und »traurigen« Tagen: An einem Tage lustig, aktiv, redselig, voller Pläne, singt, tanzt, am nächsten düster, stumpf, wortkarg, kann nicht aus dem Bett finden. Der Umschwung findet etwa um 1 Uhr nachts statt. Der regelmäßige Phasenwechsel hielt auch während des Aufenthaltes in der Klinik (1925) und auch noch einige Jahre nachher, wenn auch nicht in so ausgeprägter Intensität, an. — Verf. rechnet den Fall vorerst noch zu den seltenen Verlaufsformen der manisch-depressiven Erkrankungen. Der Referent (Hanns-Schwarz, Berlin) weist aber mit Recht darauf hin, daß eine differentialdiagnostische Abgrenzung gegen die Schizophrenie fehlt. —

Ein Überblick über diese von mir aus der Literatur gesammelten

Fälle von täglichem Phasenwechsel zeigt, daß diese Erscheinung nicht nur bei der manisch-depressiven, zirkulären Erkrankung, sondern auch bei der Schizophrenie und sogar bei der Paralyse und nach Apoplexie beobachtet worden ist. Also nicht nur bei derjenigen Erkrankung, zu der sie ihrer Erscheinungsform nach zu gehören scheint (manisch-depressive Erkrankung), sondern auch bei der anderen, anscheinend völlig von ihr wesensverschiedenen endogenen Psychose (Schizophrenie) und ferner bei zwei ausgesprochen exogenen Erkrankungen, der Paralyse und der Arteriosklerosis-cerebri, also bei völlig heterogenen Hirnerkrankungen. Ich will hier nochmals betonen, daß mir sicherlich wohl eine Reihe von Fällen aus der Literatur entgangen sind, sodaß durch eine eingehende Nachforschung meine oben mitgeteilte Liste noch vergrößert werden würde. Einige andere von den Autoren erwähnte Fälle konnte ich leider nicht im Original nachlesen. Es ist außerdem möglich, daß der eine oder andere Psychiater derartige Fälle gesehen, aber nicht publiziert hat. Vielleicht ist die Erscheinung des täglichen Phasenwechsels auch öfter einmal vorhanden bei zyklothymen, »nervösen« Personen, die nicht in Anstalts- oder Sanatoriumsbehandlung, vielleicht nicht einmal in ärztliche Beobachtung, kommen. Immerhin habe ich den Eindruck, als ob die Erscheinung des täglichen Phasenwechsels nicht gerade sehr häufig ist, denn in den ausgeprägten Fällen ist sie doch sehr in die Augen springend und entgeht kaum der Beobachtung, auch wenn man nicht besonders danach fahndet. Ich selbst habe aber, seit ich vor 20 Jahren den ersten sehr charakteristischen Fall dieser Art (Nr. 1) beobachten konnte, sehr darauf geachtet und unter sehr vielen Hunderten von Psychosen nur die oben mitgeteilten 11 Fälle sammeln können.

Diese Fälle entsprechen in ihrer Vielseitigkeit vollkommen den in der Literatur mitgeteilten. In 5 Fällen handelte es sich um progressive Paralyse; in 4 von ihnen (Fälle 6. 7. 8. 9) boten weder die Vorgeschichte, noch das Krankheitsbild etwas von dem üblichen Verlauf wesentlich Abweichendes dar; im Fall 7 war nur die lange Dauer der Krankheit auffallend. In dem 5. Falle (Fall 5) dagegen bestand schon seit 7 Jahren vor der Feststellung der Paralyse eine typisch-manisch-depressive Erkrankung; wahrscheinlich war sie noch viel länger vorhanden. Fall 11 betraf eine typische jugendliche Schizophrenie, Fall 2 ein wohl zur Schizophrenie-Gruppe zu rechnendes Krankheitsbild der mittleren Lebensjahre. Im Fall 3 lag eine senile Psychose paranoid-hypochondrischen Charakters vor. Es bleiben dann noch drei Fälle übrig, die man wohl zu den Affekt-Psychosen rechnen könnte, obwohl auch sie durchaus nicht das reine Bild der manisch-depressiven oder gar der zirkulären Erkrankung darbieten: Fall 1, über den ich mich schon ausführlich geäußert hatte, betrifft eine Psychopathin, die im wesentlichen seit Jahr-

zehnten das Krankheitsbild der Hypochondrie zeigte; Fall 4 ist ein Depressionszustand bei einem Tabiker [1]), Fall 10 ein Depressionszustand mit wesentlich hypochondrischen Vorstellungen bei einem von Hause aus Konstitutionell-Depressiven, der aber auch syphilitisch infiziert gewesen war.

Es fällt ohne weiteres in die Augen, wie groß die Zahl der organischen Erkrankungen, wie gering die der zur manisch-depressiven Psychose zu rechnenden ist. Abgesehen von zwei Fällen von Schizophrenie betrafen 5 eine Paralyse, 1 eine senile Störung; und von den 3 übrigen hatte einer eine Tabes, ein anderer eine Syphilis. Selbst wenn man noch den einen Paralytiker mit der lange Zeit der paralytischen Erkrankung vorausgegeangenen zirkulären Psychose hinzurechnet, bleiben nur allenfalls 4 als Affektpsychosen aufzufassende Fälle übrig. Ganz dasselbe zeigte sich auch bei den aus der Literatur gesammelten Fällen: Die Beobachtungen von *Florimond*, *Moravczik* und *Pernet* betreffen Paralytiker, die von *Schreiber* eine Apoplexie, die von *Kraepelin* und *Bleuler* Schizophrene. *Stransky* und *Rehm* berichten davon, daß der tägliche Phasenwechsel beim manisch-depressiven Irresein vorkomme, teilen aber keine eigenen Fälle mit. *Lulich*s Fall ist mir nur aus einer kurzen Notiz bekannt, so daß mir ein Urteil über die Natur der Erkrankung nicht möglich ist. *Wiesel*s Fall ist bezüglich seiner Zugehörigkeit zur Schizophrenie oder zur zirkulären Psychose zum mindesten zweifelhaft. Es bleibt also nur, *Deny*s Fall übrig, über den zwar auch nur eine kurze Notiz vorliegt, bei dem aber mindestens nichts gegen eine Zyklothymie spricht. Alles in allem also dasselbe Ergebnis: Der tägliche Phasenwechsel ist zumeist bei nicht zirkulären Erkrankungen beobachtet worden.

Was ist nun der tägliche Phasenwechsel? Wohin ist er zu rubrizieren, wie ist er aufzufassen, wie entsteht er? Faßt man die manisch-depressive Erkrankung ganz allgemein auf als bedingt durch eine Steigerung oder Verminderung des normalen »Tonus« des Gehirns, in dem Sinne, daß die Haupterscheinungen des manischen Zustandes, also die heitere Verstimmung, die Beschleunigung des Gedankenablaufs und der Beschäftigungsdrang (gesteigerte Psychomotilität) nur der Ausdruck einer gesteigerten Erregung auf den drei großen psychischen Gebieten der Affekte, des Denkens und des Wollens sind, und umgekehrt die Haupterscheinungen der Depression, also die traurige Verstimmung, die Hemmung des Gedankenablaufs und der Psychomotilität, nur der Ausdruck einer Hemmung auf diesen Gebieten: dann wird man zunächst geneigt sein, den täglichen Phasenwechsel den manisch-depressiven Zuständen zuzurechnen. Denn ein Wechsel zwischen Erregungs-Zunahme und Abnahme ist bei allen von mir beobachteten Kranken vorhanden. Im übrigen allerdings

[1]) S. oben die Anmerkung bei der Korrektur!

sind zwischen den einzelnen Fällen doch recht erhebliche Unterschiede vorhanden, so daß alle Schattierungen zwischen »gesteigerte — verminderte Erregung, Erregung — Hemmung, Manisches — depressives Zustandsbild in mehr oder weniger vollständiger Ausprägung« zur Beobachtung kommen. Ganz einfach liegen die Verhältnisse im Falle 7, einer sehr langsam verlaufenen Paralyse, bei der in den ersten Jahren ein passagerer Phasenwechsel zwischen heftigster Erregung und verhältnismäßiger Ruhe beobachtet wurde; es handelt sich wesentlich um einen quantitativen Erregungsunterschied. Bei den beiden Paralytikern, Fall 6 und 8 wurde ein ganz gleichartiger passagerer Phasenwechsel zwischen »guten« und »schlechten« Tagen beobachtet: Heitere, zufriedene, hoffnungsvolle Stimmung, Interesse an allem, Gesprächigkeit an einem Tage, traurige, mißmutige, unzufriedene, hoffnungslose Stimmung, nörglig, ablehnend, schimpfend an dem folgenden: Also ein Wechsel zwischen euphorischen und depressiv-reizbaren Zuständen.

Der Phasenwechsel bei der jungen schizophrenen Kranken (Fall 11) wies 2 etwas verschiedene Typen auf: 1. heiter-ausgelassene Stimmung, liebenswürdig-entgegenkommendes Verhalten und Geschäftigkeit — gereizte, mürrische Stimmung, stumm, ablehnend; 2. lebhaft, gereizt, zornig, aggresiv — niedergeschlagen, stumm, abweisend: also ein Wechsel zwischen manischen und depressiven Zuständen, nur addierte sich der mürrisch-reizbar-zornige Affekt in der ersten Reihe den »depressiven« Tagen, in der zweiten den »manischen«. Bei dem Phasenwechsel der älteren Dame (Fall 2), deren Krankheitsbild wir ebenfalls den schizophrenen Zuständen zugerechnet haben, wurden Tage mit Angst, Ratlosigkeit, Unruhe, Jammern, ablehnendem Verhalten abgelöst von solchen, in denen die Kranke ruhig, zufrieden dalag, Nahrung nahm, allerdings nicht sprach. Es handelt sich also im wesentlichen um einen regelmäßigen Wechsel zwischen Tagen mit Angst und Unruhe, und Tagen, in denen diese Erscheinungen zurücktreten.

Auch im Falle 3 (Senile Psychose paranoid-hypochondrischen Charakters) besteht der Phasenwechsel wesentlich darin, daß die schweren Krankheitserscheinungen des einen Tages (Angst, Unruhe, paranoid-hypochondrische Wahnvorstellungen, Halluzinationen, Jammern, Nahrungsverweigerung) am folgenden Tage mehr oder weniger verschwunden sind und durch ein verhältnismäßig ruhiges und zufriedenes, entgegenkommendes Verhalten abgelöst werden. Im Falle 4 [1]) (Depressionszustand bei Tabes-dorsalis) folgte regelmäßig einem Tage tiefer Depression mit Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung ein Tag, an dem alle diese Erscheinungen zurücktraten; es bestand aber nicht gerade ein manischer Zustand; Pat. war nur ruhig, freundlich, leidlich zufrieden, für Zuspruch zugänglich, hoffnungs-

[1]) S. oben die Anmerkung bei der Korrektur!

voll, hatte Interesse, usw.: also ein ganz eklatanter Unterschied gegenüber dem vorhergehenden Tage, aber immerhin doch eigentlich nur ein Nachlassen bzw. Verschwinden der depressiven Erscheinungen, eine Rückkehr zur »normalen« Stimmungslage. Auch im Fall 10 (Depressionszustand mit wesentlich hypochondrischen Vorstellungen) handelt es sich bei dem täglichen Phasenwechsel um ein regelmäßiges Anschwellen und Abschwellen der depressiv-hypochondrischen Vorstellungen. Dagegen besteht der Phasenwechsel im Falle 9 (Paralyse) in einem regelmäßigen täglichen Wechsel zwischen manischen (Euphorie, Überhebungsideen, Pläne) und depressiven (traurige Verstimmung, zahlreiche hypochondrische Vorstellungen) Zuständen. Die übrigbleibenden Fälle Nr. 1 und 5 habe ich oben schon genauer analysiert. Ich wiederhole also nur kurz, daß im Falle 1 bei einer an Hypochondrie leidenden Dame ausgesprochene manische und depressive Zustandsbilder regelmäßig miteinander abwechselten, daß aber auch an den manischen Tagen die hypochondrischen Ideen mit stärkster Betonung vorgebracht wurden. Und bei dem Paralytiker (Fall 5) zeigte der Phasenwechsel 2 Typen, nämlich einen mit Wechsel zwischen heiterer und zorniger Erregung manischen Charakters und einen zwischen einem depressiven und einem zwar äußerlich manischen Zustandsbild, in dem aber auch depressive Vorstellungen geäußert wurden.

Der Phasenwechsel hat also für alle diese 11 Fälle nur das Eine gemeinsam, daß das Zustandsbild für einen mehr oder weniger langen Zeitraum regelmäßig Tag um Tag mit einem anderen wechselt. Die Art der beiden Zustandsbilder ist aber recht verschieden, und man könnte vielleicht nur ganz allgemein sagen, daß einem Tage mit psychischer Erregung ein Tag mit Abnahme der Erregung folgt. Dann fällt aber die Erregung nicht immer etwa mit einem »manischen« Zustandsbild zusammen, sondern öfters mit einem depressiven, so daß der depressiven Erregung dann ein Nachlassen derselben folgt. — Wir haben also folgende Typen des Phasenwechsels:

1. Erregung ./. Nachlassen der Erregung.
2. Angst ./. Nachlassen der Angst.
3. Depression ./. Nachlassen der Depression.
4. Euphorie ./. Depression.
5. Heitere Erregung ./. zornige Erregung.
6. Manisches ./. depressives Zustandsbild in verschiedenen Variationen und Kombinationen.

Es scheint mir aber, daß trotz der Mannigfaltigkeit der psychischen Zustandsbilder alle diese Fälle durch den täglichen Phasenwechsel eine Beziehung zueinander haben, wenn auch vielleicht nur in dem Sinne, daß der Phasenwechsel an sich eine ihnen gemeinsame psychische Grunderscheinung ist. Es dürfte nämlich doch recht große Schwierigkeiten haben, den täglichen Phasenwechsel einfach

als manisch-depressive Erscheinung aufzufassen und als zirkuläre Spielart den manisch-depressiven Erkrankungen bzw. Symptomkomplexen einzureihen. Dagegen sprechen doch eine ganze Reihe von Momenten.

1. In meinen Fällen handelt es sich zumeist nicht um einen typischen manisch-depressiven, zirkulären Wechsel, sondern um ein Nachlassen bzw. Schwinden der Erregung, der Angst, der Depression. Und auch in den wenigen Fällen mit einem Wechsel zwischen manischen und depressiven Zustandsbildern sind diese Bilder zumeist nicht ganz rein.

2. Man müßte annehmen, daß auch in denjenigen meiner Fälle, in denen es sich nicht, wie z. B. in den Fällen 1 und 10, um Affektpsychosen handelt, außer der vorhandenen z. B. paralytischen Erkrankung noch eine manisch-depressive, zirkuläre Disposition vorhanden war und durch die paralytische oder schizophrene Erkrankung ausgelöst wurde. Gegen eine solche Annahme ist natürlich an und für sich nichts einzuwenden. Es ist aber immerhin bemerkenswert, daß sich gerade in diesen 8 Fällen bis auf den 5. Fall (viele Jahre zirkuläre Psychose, schließlich Paralyse) weder eine hereditäre, noch eine individuelle Disposition in dieser Richtung gefunden hat.

3. Auch bei den in der Literatur mitgeteilten Fällen von Phasenwechsel bei schizophrenen und paralytischen Erkrankungen, z. B. bei den Fällen von *Bleuler* und *Kraepelin*, ist nichts über eine zirkuläre Disposition mitgeteilt worden. Nur *Pernet* gibt an, daß in einem seiner Paralyse-Fälle eine depressive Veranlagung, in dem zweiten ein etwas eigenartig-verschlossener Charakter vorhanden gewesen wäre; in beiden Fällen keinerlei erbliche Belastung.

4. Bei der zirkulären Form der manisch-depressiven Erkrankungen handelt es sich um einen Wechsel zwischen manischen und depressiven Zuständen. Aber dieser Wechsel ist zumeist nicht regelmäßig, sondern mehr oder weniger unregelmäßig. Die einzelnen manischen und depressiven Phasen beginnen und verlaufen zwar oft mit photographischer Gleichmäßigkeit, aber die Zeitdauer der einzelnen Phasen ist oft ganz verschieden, oft nur annähernd gleich lang, z. B. »einige« Wochen oder Monate, usw. Ich selbst erinnere mich unter den nicht sehr zahlreichen echten zirkulären Psychosen, die ich viele Jahre lang beobachten, konnte — diese Erkrankung ist im Verhältnis zu den übrigen manisch-depressiven und den schizophrenen Erkrankungen recht selten —, eigentlich nur an einen Fall eines älteren Herrn mit starker Arteriosklerose, bei dem manische und depressive Zustände sich ziemlich regelmäßig nach einmonatiger Dauer ablösten. Aber zumeist fehlt doch dem Verlaufe dieser Erkrankungen durchaus die Regelmäßigkeit, die Periodizität, die dem täglichen Phasenwechsel das charakteristische Gepräge geben. Auch *Bleuler* (l.c.) gibt an, daß er eine solche verblüffende Regel-

mäßigkeit, wie er sie bei seinen schizophrenen Fällen mit täglichem Zustandswechsel beobachten konnte, von dem manisch-depressiven Irresein nicht kenne. Ich möchte nur kurz darauf hinweisen, daß der Begriff der Periodizität oft fälschlich für rezidivierende geistige Störungen angewandt wird. Man spricht z. B. von periodischer Manie oder Melancholie, wenn diese Erkrankungen wiederholt auftreten. Das ist aber deswegen unrichtig, weil hier die zum Begriff der Periodizität gehörige zeitliche Regelmäßigkeit fehlt. Ich führe deshalb die in einer kleinen Studie von *Mugdan* (*Franz Mugdan*, Periodizität und periodische Geistesstörungen. Halle a. S. Carl Marhold. 1911) gegebene Definition des Periodizitätsbegriffes hier an: Einem Systeme von Ereignissen kommt die Eigenschaft der Periodizität zu, wenn in zeitlich gesetzmäßigen Intervallen logisch verwandte Ereignisse eintreten, aus Gründen, die lediglich in der Organisation des Betroffenen liegen, ohne daß dafür ein äußerer Anlaß oder doch ein entsprechender äußerer Anlaß vorläge.

Man muß nach alldem doch wohl zu dem Schluß kommen, daß der tägliche Phasenwechsel an sich mit der manisch-depressiven zirkulären Erkrankung nichts zu tun hat. Wohl kann sich der Phasenwechsel auch hin und wieder als ein Wechsel von manischen und depressiven Zustandsbildern dokumentieren. Aber dann ist es vielleicht so, daß der Phasenwechsel und die manisch-depressive Konstitution sich kombinieren und so ein täglicher Wechsel von manischen und depressiven Bildern zustande kommt. Im übrigen aber handelt es sich bei dem täglichen Phasenwechsel an sich doch wohl um eine eigenartige, immerhin selten auftretende Erscheinung, deren wesentlichstes Charakteristikum ein ganz regelmäßiges, einen Tag um den anderen erfolgendes, also periodisches, rhythmisches Anschwellen und Abschwellen eines psychischen Reizzustandes (Erregung, Angst, Depression) in verschiedenen Variationen und Kombinationen ist. Irgendeine einigermaßen zureichende Erklärung für diese Erscheinung und ihre Entstehung zu geben, ist zur Zeit wohl nicht möglich. Sie ist wohl am besten in eine gewisse Analogie zu bringen zu den physiologischen periodischen Erscheinungen der Lebewesen. Allerdings treten diese Erscheinungen in der Regel innerhalb eines 24stündigen Zeitraumes oder in einem vierwöchigen Intervalle auf. Ich nenne nur die regelmäßigen täglichen Temperaturschwankungen, das Schlafbedürfnis, die Menstruation. Auch die Arbeitsfähigkeit und die Stimmung zeigen bei sehr vielen Menschen ein ganz regelmäßiges Anschwellen und Abschwellen innerhalb des Tages. Hierher zu rechnen ist auch wohl das oft bei Depressionszuständen zu beobachtende ganz regelmäßig in der zweiten Tageshälfte erfolgende Nachlassen der traurigen Verstimmung. Aber eine periodische Erscheinung, bei der ein psychischer Zustand nach 24stündiger Dauer für die nächsten 24 Stunden an Intensität

nachläßt, um dann wieder in voller Stärke zu erscheinen oder bei der ein Zustand mit einem anderen Tag um Tag regelmäßig abwechselt, so daß also der Zyklus 2 Tage dauert, ist mir sonst nicht bekannt. Das Dunkel, welches alle periodischen Erscheinungen der Organismen umgibt, hat sich auch für den täglichen Phasenwechsel noch nicht gelichtet.

Meine psychiatrische Tätigkeit bei der sächsischen Armee.

Von

Generaloberarzt a. D. Dr. Bennecke, Dresden.

In der Stellung eines Psychiaters für die sächsische Armee lag mir die Feststellung der Dienstunbrauchbarkeit und Begutachtung krimineller Fälle ob.

Nachdem die Notwendigkeit einer vom Hauptlazarett getrennten räumlichen Unterbringung anerkannt war, entstand ein kleiner Neubau, in dem etwa 15 Kranke Platz hatten. Die Lage am Waldesrand, der große Garten gab Gelegenheit zu der sonst in Lazaretten schwer durchzuführenden Beschäftigung.

Die ursprüngliche Station im Hauptlazarett wandelte sich zur Nervenstation. Dort waren neben den funktionellen Neurosen eine nicht unbeträchtliche Anzahl organischer Fälle, deren Eigenart, zum Teil direkte Beziehungen zum militärischen Dienst, wie die Serratuslähmung u. a., das Interesse auch der Dresdener Fachkollegen weckten.

Reibungslos vollzog sich meine gutachtliche Tätigkeit nicht. Ein Vorurteil, das besonders ausging von den älteren Auditeuren, wurde mit dem Schlagwort begründet, daß ich die militärische Disziplin schädigte. Den ersten Anstoß gab dazu, daß ich aus Festungsgefängnis und Arbeiterabteilung eine Anzahl schwerer Psychopathen und Schwachsinniger herausholte. Bei der forensischen Beurteilung stieß ich auf nicht unerhebliche Schwierigkeiten, wenn es sich um die häufigen Alkoholdelikte und Affektvergehen handelte.

Die neue Militärgerichtsbarkeit, das durch öftere Vorträge und persönliche Fühlungnahme geförderte Verständnis der Kriegsgerichtsräte, vor allem das Eintreten der höheren militärischen Dienststellen für meine Bestrebungen brachten es schließlich doch dahin, daß

der Eliminierung ungeeigneter Elemente kein Widerstand mehr entgegengesetzt wurde und auch bei den Truppenoffizieren die Erkenntnis sich Bahn brach, der Psychopath mit gesteigerter Affektivität richte in der Kompagnie durch Subordinationswidrigkeit und Aufreizung anderer mehr Schaden an, als der vermeintliche Verlust an militäirscher Autorität, wenn ein Psychopath als dienstunbrauchbar entlassen wurde, anstatt durch besonders straffe Zucht zur Raison gebracht zu werden.

Über die Häufigkeit und Bedeutung der Ohrenerkrankungen bei Geisteskrankheiten.

Von

Professor Dr. Gustav Brühl, Berlin.

Als ich im Jahre 1898 in Gemeinschaft mit dem damaligen Assistenten der Irrenanstalt Dalldorf Herrn Dr. *Nawratzki* die Insassen der Anstalt ohrenärztlich zu untersuchen begann, wurden 1898—99 zunächst 600 Kranke verschiedener Abteilungen reihenweise durchgeprüft, auch wenn keine Klagen von seiten der Gehörorgane vorlagen. Während Herr Dr. *Nawratzki* die psychiatrische Diagnose festlegte, wurde von mir der Ohrenbefund erhoben; selbstverständlich wurden Hörprüfungen nur bei zugänglichen und zuverlässigen Patienten vorgenommen und verwertet. Aus dieser Tätigkeit entwickelte sich später eine regelmäßige konsiliare Untersuchung aller Neuaufnahmen; denn bereits die Voruntersuchungen hatten ein so häufiges Vorkommen von Ohrenleiden bei Geisteskranken ergeben, daß sich ein umfangreiches Arbeitsgebiet für die ohrenärztliche Tätigkeit in einer großen Irrenanstalt erschloß; dabei spielte zu Beginn unserer Untersuchungen die vestibuläre Prüfung des Gehörorgans noch keine Rolle, da ja erst durch *Baranys* Entdeckung des kalorischen Nystagmus (1906) die Vestibularfunktionen und ihre Störungen für die Diagnostik der Erkrankungen des Zentralnervensystems Bedeutung gewannen. Immerhin erschien es mir auch heute noch von Interesse, die an den ersten 600 Kranken gemachten Beobachtungen, über welche genaue Notizen gemacht waren, statistisch zusammenstellen zu lassen, eine Arbeit, der sich jetzt mein Assistent Herr Dr. *Stefan Meisel* unterzog. Unter Modernisierung der Krankheitsbezeichnungen nach *Bleuler* kam folgende Tabelle zustande:

Ergebnis der Ohrenuntersuchung bei 600 Patienten der Wittenauer Heilstätten (Irrenanstalt Dalldorf).

	Klin. Diagnose		Zahl der untersuchten Pat.	Akuter Mittelohrkatarrh	Chron. Mittelohrkatarrh	Akute Mittelohrentzündung	Chron. Mittelohrentzündung	Residuen	Otosklerose	Nervöse Schwerhörigkeit	Verkürzung der Knochenleitung ohne Ohrerkrank.	Gehörgangentzündung	Gesamtzahl der Ohrenkranken
1.	Vergiftungen (Alkoholismus chronicus, Del. tremens etc.)	Männer	70	—	8	—	4	5	—	20	4	—	
		Frauen	14	3	2	—	1	2	—	2	—	—	
		Gesamt	84	3	10	—	5	7	—	22	4	—	51
2.	Syphil. Psychosen (Dem. paralytica etc.) dazu: Lues cerebri	Männer	15	4	3	1	3	3	1	13	1	—	
		Frauen	91	5	2	—	5	4	2	16	—	—	
		Gesamt	106	9	5	1	8	7	3	29	1	—	63
3.	Alterspsychosen (Dem. arteriosclerotica, Dem. senilis)	Männer	4	—	—	—	—	—	—	3	—	—	
		Frauen	61	1	4	—	1	2	2	30	—	—	
		Gesamt	65	1	4	—	1	2	2	33	—	—	43
4.	Schizophrenie (Paranoia, Dem. praecox, Puerperalpsych. etc.)	Männer	30	—	1	—	2	4	2	6	—	—	
		Frauen	142	1	21	—	8	10	1	21	—	—	
		Gesamt	172	1	22	—	10	14	3	27	—	—	77
5.	Epilepsie	Männer	4	1	—	—	—	2	—	—	1	—	
		Frauen	4	—	2	—	—	—	—	2	—	—	
		Gesamt	8	1	2	—	—	2	—	2	1	—	8
6.	Manisch-depressives Irresein	Männer	6	—	—	—	—	—	—	2	—	—	
		Frauen	33	1	1	—	2	—	—	3	—	4	
		Gesamt	39	1	1	—	2	—	—	5	—	4	13
7.	Psychog. Erkrankg. (Neurasthenie, traumatische Neurose etc.)	Männer	3	—	—	—	—	1	—	1	—	—	
		Frauen	19	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
		Gesamt	22	—	—	—	—	1	—	1	—	—	2
8.	Hysterie	Männer	1	—	—	—	—	—	—	1	—	—	
		Frauen	6	—	—	—	—	1	—	2	—	—	
		Gesamt	7	—	—	—	—	1	—	3	—	—	4
9.	Oligophrene Entwicklungshemmungen (Idiotie, Imbezillität)	Männer	64	—	—	—	5	8	—	2	1	1	
		Frauen	33	1	—	—	1	2	1	3	—	—	
		Gesamt	97	1	—	—	6	10	1	5	1	1	25
	Gesamtzahl:		600	17	44	1	32	44	9	127	7	5	286

Zunächst ergibt sich aus derselben die allgemein bemerkenswerte Tatsache, daß ca. 47% der von uns untersuchten Geisteskranken ohrenleidend waren, während man bei geistig Normalen

durchschnittlich mit 25—30% Ohrenkranker rechnen kann. Da es sich bei den von uns untersuchten Geisteskranken um Erwachsene handelt, ist es interessant, daran zu erinnern, daß auch bei 271 im Jahre 1903 von *Nawratzki* und mir untersuchten Idioten ebenfalls ca. 10% mehr Schwerhörige als sonst bei Schulkindern gefunden wurden [1]): Die Erklärung, die wir damals für diese Tatsache gaben, trifft auch für erwachsene Geisteskranke zu. Da ein direkt ätiologischer Zusammenhang zwischen Ohren- und Gehirnleiden fehlt, kann nur eine bewußte oder unbewußte Vernachlässigung von Nase, Mund und Ohren, ferner eine konstitutionelle und zu Erkrankungen disponierende Organminderwertigkeit — nach Art eines Degenerationszeichens — Ursache der Häufung von Ohrerkrankungen bei Geisteskranken sein; so fand auch *Gradenigo* (A. f. O. 28) unter Verbrechern mehr Schwerhörige (45—70%) als bei „normalen Menschen".

Von den einzelnen Ohrerkrankungen steht der Häufigkeit nach die »nervöse Schwerhörigkeit« (d. h. anatomisch Labyrinth- oder Hörnervenatrophie) mit 21% der Gesamtzahl an der Spitze.

Wenn wir die psychischen Erkrankungen und das Häufigkeitsverhältnis der Ohrenleiden bei denselben miteinander vergleichen, so wollen wir, um nicht allzusehr Zufälligkeiten zu unterliegen, die Gruppen mit nur wenigen Kranken (Epilepsie, Hysterie) von vornherein ausschalten. Ferner muß man bedenken, daß die Häufung von Ohrenleiden in einzelnen Krankheitsgruppen auf verschiedene Faktoren (z. B. neben der die Geisteskrankheit verursachenden luetischen oder Alkoholschädigung auch auf Tabakmißbrauch, Arteriosklerose, Senium oder interkurrente andere Leiden) zurückzuführen sein könnte; eine statistische Verwertung kann also nur bedingungsweise erfolgen.

Ordnen wir die Krankheitsgruppen zunächst nach der Häufigkeit der bei ihnen beobachteten Ohrenleiden, so ergibt sich nachstehende Folge:

1. die Alterspsychosen mit ca. 66%,
2. die Vergiftungen mit ca. 60%,
3. die syphilitischen Psychosen mit ca. 59%,
4. die Schizophrenie mit ca. 44% und zuletzt
5. das manisch-depressive Irresein mit ca. 33%.

Es zeigt sich also eine auffallende Häufung der Ohrenkranken über das durchschnittliche Vorkommen bei Geistesgesunden in den ersten vier Gruppen.

Betrachten wir die bei Erkrankungen des Zentralnervensystems besonders interessierende Degeneration des inneren Ohres (ner-

---

[1]) *Brühl* u. *Nawratzki*: Rachenmandel u. Gehörorgan der Idioten, Z. F. O. 45.

vöse Schwerhörigkeit) von den übrigen Ohrerkrankungen gesondert, so zeigt sich diese Ohraffektion am häufigsten

1. bei Alterspsychosen mit ca. 50% aller Fälle,
2. bei syphilitischen Psychosen mit ca. 27% aller Fälle und
3. bei Vergiftungen mit ca. 26% aller Fälle.

Hervorzuheben ist, daß dagegen bei Schizophrenie nur 15% Innenohrerkrankungen nachzuweisen waren, während das Mittelohr häufiger als in allen anderen Gruppen (ca. 34% der Fälle) befallen war. Wir fanden bei Schizophrenie genau so wie *Redlich* und *Kaufmann* [1]) bei Paranoia in 44% der Fälle Ohrenleiden.

Das häufige Auftreten von Gehörhalluzinationen in dieser Krankheitsgruppe dürfte sich als eine abnorme, zentrale Reaktion auf einen peripheren organischen Krankheitsreiz zurückführen lassen; so gelang es uns auch mitunter, bei solchen Kranken durch Stimmgabeltöne halluzinatorische Umdeutung des Gehörten herbeizuführen. Gerade für diese Krankheitsgruppe scheint das häufige Vorkommen von Mittelohrerkrankungen bedeutungsvoll zu sein; sehen wir doch auch gelegentlich bei Neuropathen unter dem Einfluß einer schmerzhaften oder mit Eiterstauung verbundenen Entzündung der Mittelohrräume oder nach operativen Eingriffen am Ohr, ja selbst auch nur bei Gehörgangserkrankungen (Ceruminalpfröpfe, Fremdkörper) Reflexneurosen und akute Geistesstörungen auftreten, welche sich nach Heilung des Ohrenleidens wieder zurückbilden.

Die Häufung der Nervenschwerhörigkeit bei den Alterspsychosen bedarf keiner besonderen Erklärung; schon physiologisch wird das Nervenparenchym des inneren Ohres im Laufe des Lebens so verbraucht, daß auch beim Geistesgesunden mitunter schon vom 50. Jahr ab eine Funktionsschwächung (Presbyakusis) auftritt. Daß sich als Begleiterscheinung der Alterspsychosen besonders häufig Nervenschwerhörigkeit vorfindet, erklärt sich aus der allgemeinen Minderwertigkeit der nervösen Organbestandteile bei den betreffenden Individuen.

Ebenso leicht verständlich ist das häufige Vorkommen der Nervenschwerhörigkeit bei Vergiftungen und syphilitischen Psychosen. Der Hörnerv, besonders die radix cochlearis desselben, ist exogenen und endogenen Giften gegenüber sehr empfindlich; seine Beteiligung bei allen möglichen Vergiftungen ist groß und wird bei dem häufigen Fehlen anderer auffallender, z. B. vestibulärer Symptome völlig übersehen. Da die Erscheinungen am Schneckenast des Hörnerven als die allerersten Symptome einer allgemeinen Giftwirkung auftreten können, so ist der Hörprüfung in diagnostischer Beziehung auch bei allen Erkrankungen

[1]) Wiener klin. W. 1896.

des Zentralnervensystems große Bedeutung beizulegen. Das häufige Vorkommen von Nervenschwerhörigkeit bei chronischen Alkoholvergiftungen erklärt sich daher als Teilerscheinung der Allgemeinerkrankung ohne weiteres.

Bei den syphilitischen Psychosen ist das gehäufte Vorkommen von Acusticusstörungen ganz besonders in den Vordergrund des Interesses zu stellen, da die Nervenschwerhörigkeit (Neuritis, Perineuritis acustica, Otitis interna, Endostitis ossificans) [1]) bei Syphilis häufig genug als Zeichen einer spezifischen meningealen Infektion zu betrachten ist. Durch anatomischen Aufbau und Lagerung ist der Hörnerv zu meningogener syphilitischer Infektion ganz besonders disponiert; dieselbe kann beim Fehlen aller anderen syphilitischen Manifestationen direkt als prodromales Symptom einer drohenden Gehirninfektion angesehen werden. Wir haben schon vor Jahrzehnten Fälle in der Privatpraxis beobachtet, in welchen beim Fehlen aller sonstigen Symptome eine nervöse Schwerhörigkeit als Vorläufer einer progressiven Paralyse in Erscheinung trat. Jetzt besitzen wir in der Wassermannschen Blutreaktion und in der Untersuchung des Lumbalpunktates Hilfsmittel, um die wahre Natur einer Nervenschwerhörigkeit rechtzeitig zu erkennen. Bald nach Bekanntwerden der Wassermannschen Seroreaktion hat *Busch* [2]) 1909 aus meiner Klinik bei nervöser Schwerhörigkeit dunkler Herkunft in 52% der Fälle Lues als Ursache nachgewiesen. Wenn wir bei den syphilitischen Psychosen in ca. 28% der Fälle Nervenschwerhörigkeit fanden, so ist vielleicht der Schluß erlaubt, daß jedenfalls in einem Bruchteil der nicht heilungsfähigen Frühfälle von syphilitischer Nervenschwerhörigkeit Paralysegefahr besteht. So hat auch *Beck* die Acusticuserkrankung als das einzige Frühsymptom einer Tabes festgestellt [3]).

Von verschiedenen Autoren ist in neuerer Zeit durch reihenweise Untersuchung von Syphilitikern bei normalem Gehör und Nervensystem eine Verkürzung der Kopfknochenleitung festgestellt worden (70% *Beck*) [4]), die auf Liquorveränderungen (Drucksteigerungen oder entzündliche Veränderungen der Hirnhäute) zurückgeführt wird; dementsprechend finden sich auch bereits im Frühstadium der Syphilis leichtere oder schwerere Grade von Nervenschwerhörigkeit. So fand *Lund* [4]) schon zwei Monate nach der Infektion in 6,6% der von ihm untersuchten Frühfälle z. B. Cochleariserkrankungen.

---

[1]) *Brühl*, Passows Beitr. 1919 XIII.
[2]) *Busch*, Passows Beitr. III.
[3]) Handb, d. O. VI. S. 432.
[4]) Handb. d. O. VI. 1926.

Jedenfalls handeln wir im Interesse unserer Patienten, wenn wir bei allen Syphilitikern frühzeitig genaue Hörprüfungen vornehmen lassen und andererseits in allen Fällen von ätiologisch unklarer ein- oder beiderseitiger Nervenschwerhörigkeit oder auffallender Verkürzung der Kopfknochenleitung bei normalem Gehör an Syphilis als auslösende Ursache denken. Vielleicht ist dann zu hoffen, daß die durch die Hörprüfung allein entdeckte Syphilis der Meningen in manchem Fall sich noch in einem Stadium befindet, das geheilt werden kann.

---

20 Jahre Fürsorge für Alkoholkranke in Charlottenburg.

Von

Dr. med. Anno Dittmer.

Am 1. Mai 1929 waren es 20 Jahre, daß in Charlottenburg in dem damaligen Wohlfahrtshaus, dem jetzigen Cecilienhaus, von dem „Zentralkomitee zur Errichtung von Auskunfts- und Fürsorgestellen für Alkoholkranke in Berlin und in der Provinz Brandenburg" eine Fürsorgestelle für Alkoholkranke errichtet wurde, welche etwa 1 Jahr später nach der Auflösung des Zentralkomitees am 31. Mai 1910 von der Stadt- und Gemeindeverwaltung übernommen wurde. Dieser Wechsel ist besonders dadurch bemerkenswert, daß die Charlottenburger Trinkerfürsorge bis vor einigen Jahren in Deutschland fast die einzige war, die als solche in allen ihren Teilen der Stadtverwaltung angegliedert war. Erst in jüngster Zeit ist die Zentrale Groß-Berlin dem Charlottenburger Beispiel gefolgt, indem sie in fast allen ihren Bezirken Trinkerfürsorgestellen einrichtete.

Bis vor wenigen Jahren versuchten vielfache Ratschläge und Bemühungen privater Vereinigungen die Trinkerfürsorge aus dem Rahmen der Gemeindeverwaltung wieder herauszunehmen und unter ihren Einfluß zurückzuführen. Man ging dabei von der Besorgnis aus, daß der behördlichen Trinkerfürsorgestelle das Vertrauen der Bevölkerung fehle, und daß die Abstinenzorganisationen mehr Eifer und Hingabe der Trinkerrettung widmeten, wenn sie nicht mit einer behördlichen Einrichtung zusammenarbeiten müßten. Im Gegensatz hierzu stehen die Erfahrungen unserer Charlottenburger Fürsorge, die sich in weiten Kreisen der Bevölkerung des größten Vertrauens erfreut und die in ihrer schweren Arbeit von den alkoholgegnerischen Vereinen tatkräftig unterstützt wird.

Die Zusammenarbeit zwischen Trinkerfürsorge und Enthaltsamkeitsverein, die noch heute die Grundlage unserer Tätigkeit

darstellt, wurde von Herrn Sanitätsrat Dr. *Bratz*, der bereits September 1910 als Nachfolger des Herrn Dr. *Lichtenberg* die Leitung unserer Fürsorgestelle übernahm, eingeführt. *Bratz* hat mit hellseherischem Blick der gesamten Alkoholkranken- und Psychopathenfürsorge den Weg gewiesen, auf welchem wir besonders in den letzten Jahren gewaltige Fortschritte machten. Seiner Zielbewußtheit ist es zu verdanken, daß die Alkoholkrankenfürsorge der Gemeindeverwaltung angegliedert blieb und daß unsere Arbeit die Geltung wurde, die ihr zukommt.

Nicht nur diese persönliche Verpflichtung verbindet uns von jeher mit den Wittenauer Heilstätten, sondern auch da Charlottenburg zum Wittenauer Aufnahmebezirk gehört, die Zuständigkeit, der zufolge wir in engstem und bestem Einvernehmen geblieben sind.

Im Laufe der letzten 5 Jahre hat sich der Aufgabenkreis der Charlottenburger Trinkerfürsorgestelle ständig erweitert. Auskunft und Aufklärung über die Alkoholfrage im allgemeinen sowie Rat- und Beistanderteilung an alle, welche die Folgen des Alkoholmißbrauches an sich selbst oder ihren Angehörigen wahrgenommen haben, bilden die grundlegenden Forderungen unserer Fürsorgetätigkeit.

Um diese prinzipielle Idee gruppieren sich unsere weiteren Maßnahmen, z. B. die Einleitung von Heilstättenverschickungen, die Einweisung von schweren gemeingefährlichen Kranken in die geschlossene Anstalt bzw. in das Abstinenzsanatorium, die Sicherstellung von polizeilichem Schutz für die Familie des Kranken, die Anträge auf Pflegschaft und Entmündigung, ferner die Fürsorge für die in Not geratenen Familien der zu Entziehungskuren entfernten Trinker, insbesondere die Sorge für ihre schwer gefährdeten Kinder im Einvernehmen mit Wohlfahrts- und Jugendamt usw.

Eine der wichtigsten Aufgaben unserer nachgehenden Fürsorge ist die Vorbereitung der Rückkehr der Kranken aus den Heilstätten. Mangelhafte Wohnungsverhältnisse versuchen wir im Einvernehmen mit dem Wohnungsamt zu klären und zu bessern. Der Anschluß der Patienten und ihrer Angehörigen an einen Abstinenzverein wird von uns in die Wege geleitet, eventuell übernehmen wir die Kosten hierfür. Die dringendste Maßnahme für den Zurückkehrenden ist die Arbeitsvermittlung, die in Charlottenburg dank dem entgegenkommenden Verhalten des Arbeitsamtes vorzüglich in die Wege geleitet ist und beste Erfolge zeitigt.

Aus diesem rein fürsorgerischen Aufgabenkreis ergibt sich einerseits die Notwendigkeit der städtischen Regie in der Trinkerfürsorge, da gerade der amtliche Charakter unserer Fürsorgestelle ein reibungsloses Zusammenarbeiten mit den Behörden gewährleistet. Andererseits mag daraus erkannt werden, wie bedeutungsvoll eine gut eingerichtete amtliche Trinkerfürsorge für den Schutz der breiten Öffentlichkeit wird und wie wichtig es ist, diese Stellen

mit der erforderlichen Autorität und dem notwendigen Personal auszustatten. Es ist absurd, auf der einen Seite viele Tausende für Heilstättenverschickungen zu bewilligen und am anderen wichtigeren Ende (in der vorbeugenden und nachgehenden Fürsorge) zu sparen; gerade die Betreuung der Heilstätten- und Anstaltentlassenen, die Vertiefung der dort durch die Entziehungskur erzielten Erfolge durch die nachgehende Fürsorge stellt eine unserer vornehmsten Pflichten dar.

An Hand von Krankengeschichten und Zeitungsnotizen werden wertvolle Statistiken zu wissenschaftlichen Zwecken zusammengestellt. Im Sinne vorbeugender Maßnahmen sind wir vereinzelt an industrielle Großbetriebe herangetreten, um den Alkoholausschank wenigstens während der Arbeitszeit einzuschränken und, wenn möglich, durch Milch und alkoholfreie Getränke zu ersetzen. In einzelnen Fällen haben wir polizeiliche Maßnahmen in der Durchführung des Ausschankverbotes an Betrunkene und Jugendliche unterstützt. Aufklärende Zeitschriften und Merkblätter kommen in jeder Sprechstunde zur Verteilung.

Je weiter unsere Fürsorge um sich greift, um so mehr Probleme stellen sich ihr entgegen. Polizeiverordnungen müssen verändert werden, um den Schutz schwer gefährdeter Familien zu sichern, neue Gesetze müssen den Arbeitsscheuen schärfer erfassen, um seine Unterbringung in Arbeitskolonien zu erleichtern, die Suggestivkraft des Gesetzes muß im strafverschärfenden Sinn bei Trinkern mehr als bisher ausgenutzt werden.

Unsere Charlottenburger Trinkerfürsorge befaßt sich nicht nur mit Alkoholkranken, sondern sie betreut auch alle anderen ihr zur Kenntnis kommenden Rauschgiftsüchtigen, sowie die Nerven- und Geisteskranken des Bezirks. Nur die Psychopathen werden an anderer Stelle befürsorgt.

In den Kriegsjahren 1914—18 konnte in unserer Fürsorge entsprechend dem ständig geringer werdenden Alkoholkonsum im Heimatgebiet auch ein starkes Sinken unserer Ziffern für Neuaufnahmen und Beratungen konstatiert werden. Erst nach dem Kriege, im besonderen nach den Inflationsjahren, steigen mit wachsendem Angebot von Spirituosen auch unsere Kurven stark an.

Während 1924 658 Trinker in Fürsorge standen, ist die Zahl der in unserer Betreuung stehenden Kranken im Jahre 1928 auf 1260 gestiegen. An Rauschgiftsüchtigen und Nerven- und Geisteskranken stehen gegenwärtig in unserer Betreuung 25+105=130. Bei diesen Zahlen ist zu beachten, daß unsere Alkoholkranken selbst, wenn sie sich Jahre hindurch gebessert haben, ständig mit unserer Fürsorge in Fühlung gehalten werden müssen.

Die Charlottenburger Alkoholkrankenfürsorge hat die meisten großen Abstinenzorganisationen (Guttemplerorden, Rechabiten-

orden, Blaukreuz, Kreuzbund, Arbeiterabstinentenbund) in ihre Arbeit einbezogen. Regelmäßige Besprechungen sichern den festen Konnex zwischen Fürsorge und Verein. So wichtig diese Zusammenarbeit auf breiter Grundlage ist, so wichtig ist auch die Lösung unserer Tätigkeit von jeder Vereinsabhängigkeit. Aus diesem Grunde wurde von unserer Stelle der Stadt der Plan für eine neutrale, im Stadtbezirk Charlottenburg gelegene Heimstätte für unsere Alkoholgefährdeten vorgelegt. Hier soll den Heilstätten- und Anstaltsentlassenen unter neutraler Aufsicht unserer Fürsorgestelle ein Heim errichtet werden, in welchem sie als Übergangsstation bis zur Stabilisierung ihrer wirtschaftlichen Verhältnisse wohnen und verpflegt werden können, sowie gute Unterhaltung finden. Von dort erst erfolgt eine sinngemäße Überleitung in die Abstinenzorganisationen und in den Beruf.

Der weiteren Entwicklung und dem Ausbau der Groß-Berliner Trinkerfürsorge steht noch manches Problem im Wege. Vor einer Überschätzung der »ehrenamtlichen« Mitarbeit der Abstinenzorganisationen muß immer wieder gewarnt werden. Man kann in der heutigen wirtschaftlich schwierigen Zeit auch von den Vereinsmitgliedern zeitraubende und anstrengende Mitarbeit nicht ohne Bezahlung verlangen. Die generelle Regelung einer pauschalen Entschädigung für alle ehrenamtlich mitarbeitenden Helfer in unserer Fürsorge ist zentral anzustreben.

Wie schon wiederholt an anderer Stelle, so mag auch hier noch einmal darauf hingewiesen werden, daß eine der wichtigsten Zukunftsaufgaben unserer Fürsorgearbeit die zwangsweise Erfassung der vielen entmündigten und entmündigungsbedürftigen Trinker ist, die — Stammgäste der Irrenanstalten — nicht nur unsere Arbeitskraft und -zeit außerordentlich in Anspruch nehmen, sondern auch die öffentlichen Mittel meist ziellos und ohne irgendwelchen Erfolg belasten. Die Bewahrung dieser Kranken in Arbeitskolonien, in welchen für den Staat nutzbringende Arbeit geleistet wird, erscheint im Interesse der öffentlichen Sicherheit und Ordnung empfehlenswert.

Über Schlaf- und schlafähnliche Anfälle, insbesondere bei Narkolepsie und traumatischer Epilepsie mit Lachkrämpfen.

Von

Max Edel, Charlottenburg.

Über die Schlaffunktion und seine Störungen ist durch klinische Forschungen in Verbindung mit chemischen (*Abderhalden*) und röntgenologischen Arbeiten, Filmaufnahmen, Hirnreizversuche und pathologisch-anatomische Untersuchungen eine Klärung erstrebt worden. Ich nehme auf die diesbezüglichen Verhandlungen in der Versammlung der südwestdeutschen Neurologen und Psychiater in Baden-Baden am 2. und 3. Juni 1928 Bezug. Die Annahme der Gebundenheit des Schlafes und seiner Störungen an bestimmte Regionen des Gehirns haben z. B. durch die klinischen und experimentellen Untersuchungen von *Hess* [1])[2]) und Anderen eine wichtige Bestätigung erbracht, uns über das vielseitige Geschehen während des Phasenwechsels von Wachen und Schlafen unterrichtet und die fördernden und hemmenden Faktoren der Regulationszentren im Zwischenhirn, die Wechselbeziehungen zwischen ihnen und dem Großhirn sowie dem endokrinen System beleuchtet. *Bonhoeffer* [3]) hatte gezeigt, wie die Erkenntnis der Verrichtungen der subkortikalen Ganglien, des Sympathicus und der endokrinen Drüsen die Lehre von der Alleinherrschaft des Großhirns verdrängt hat.

In folgendem berichte ich über Schlaf- und schlafähnliche Anfälle verschiedener Genese.

Aufmerksam gemacht durch die zunehmende Literatur über periodische Einschlafstörungen (Narkolepsie), teils als Krankheit sui generis oder idiopathische Narkolepsie, teils als Begleitsymptom anderer Krankheiten (symptomatische Narkolepsie), bin ich im Laufe der letzten Jahre wiederholt auf Fälle von Narkolepsie gestoßen. Bei zwei Fällen, die ich wegen Absenzen auf Epilepsie behandelt hatte, habe ich die Diagnose zugunsten der Narkolepsie ändern müssen, einer Krankheit, die zuerst von *Westphal* [4]) 1877 und von *Gélineau* [5]) 1880 beschrieben wurde und die mit Schlafanfällen und Tonusverlust einhergeht. Die relative Kürze und Periodizität der Anfälle sowie die Schnelligkeit der Erholung der Patienten sind die wichtigsten Anzeichen dieser Anfälle. Daneben bestehen meist Tonushemmung und Bewegungshemmung. Die von mir gestellten Diagnosen wurden durch Herrn Prof. Dr. *Thiele* aus der Nervenklinik der Charité bestätigt, dem ich auch an dieser Stelle meinen Dank für das den Fällen entgegengebrachte Interesse ausspreche.

A. Zwei Fälle von idiopathischer Narkolepsie.

1. Fall. Werner A. Narkolepsie mit Tonusverlust, Adipositát und Pruritus. Betriebsunfall in schlaftrunkenem Zustand.

Auf diesen Fall habe ich bereits in der Diskussion zu dem Vortrage des Herrn *Thiele* [6]) über zwei Fälle von Narkolepsie und Lachschlag in der Sitzung der Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten vom 14. Februar 1927 hingewiesen.

Es handelt sich um einen 20 jährigen Schlosser, der seit seinem 17. Jahre häufig an solchen Anfällen am Tage leidet. Er wird totmüde, schläft, wo er geht und steht, ein, ist außerstande, die Augen aufzuhalten, hört aber dabei, was andere sprechen und wacht bei dem geringsten äußeren Reiz nach Sekunden bis Minuten auf. Auf der Bahn stellt er sich auf den Perron, weil er im Sitzen einschläft und über den Bestimmungsort hinausfährt. Aber auch auf dem Perron schläft er ein. Da er neben dem Eingang stand und herabzufallen drohte, mußte er von dem Schaffner auf einen anderen Platz gewiesen werden. Wenn er sich eine Zigarette anstecken wollte, schlief er mit dem Streichholz in der Hand ein und zündete sie nach dem Erwachen an. Einmal lief er im Schlaf gegen einen Laternenpfahl, wobei er sich an der Schulter stieß und erwachte. In den Fabriken schläft er im Stehen mit dem Arbeitsstück in der Hand ein. Es dauert nur Sekunden und dann arbeitet er wieder weiter. Wegen seiner Schlafanfälle mußte er wiederholt die Stellen wechseln. Bei den Anfällen bekommt er Ermüdungserscheinungen in den Knien. Es ist ihm schwer möglich, gegen die Müdigkeit anzukämpfen. Als Techniker beim Siemenswerk beschäftigt, erlitt er dadurch einen Unfall, daß ihm beim Einschlafen eine Stichflamme von einem Ofen in das Gesicht schlug und ihm auch Brandwunden an der Hand verursachte. Er hatte den mit Gas gefüllten Ofen angesteckt und die Tür im Einschlafen offengelassen. Seine Mutter leidet, soweit aus seinen Äußerungen zu schließen ist, an Depression. Er selbst hat mit 16 Jahren Diphtherie, mit 18 Jahren Grippe und Rippenfellentzündung durchgemacht. Die Untersuchung ergab: Blutarmut und Nervenschwäche bei dem großen jungen Mann. Die Augenbindehautreflexe, Gaumen- und Rachenreflexe fehlten, die Kniesehnenreflexe waren gesteigert. Die Augenlider zitterten bei Fuß-Augenschluß. Nachts träumte er viel. Im Laufe der letzten Jahre bekam er Fettleibigkeit. Außerdem litt er an Juckreiz.

Zufolge Mitteilung von Herrn Prof. Dr. *Thiele* war der Patient schon im Jahre 1922 in der Nervenklinik der Charité gewesen, damals aber irrigerweise für einen Fall von Encephalitis epidemica gehalten worden. Zu der vorgeschlagenen Stoffwechseluntersuchung und Röntgenaufnahme der Hypophyse hatte er sich, als ich ihn das letztemal sah, noch nicht entschließen können. Die Gewichtszunahme und der Pruritus ließen bei ihm an endokrine Störungen denken. Während sich in anderen Fällen von Narkolepsie herausstellte, daß eine Encephalitis epidemica vorangegangen ist, mußte hier die Annahme einer solchen später trotz vorausgegangener Grippe fallen gelassen werden.

Fall 2. Margarete W., idiopathische Narkolepsie. Af-

fektiver Tonusverlust nach Lachen. Adipositát mit stellenweisem Fettschwund.

Gew. 193 Pfd. Hautdellen an beiden Oberarmen und linker Großzehe. Geringe Atrophie des linken Daumenballens mit annähernd gleicher Zuckung bei Anoden- und Kathodenschluß im Abduktor pol. brev. sin.; keine sonstigen umschriebenen Muskelatrophien, auch keine sonstigen Symptome für Polyneuritis bei jahrelangem stationären Verlauf. Haarausfall, auffallend geringe Periode. Nach dem Baden bekommt sie Brennen in der Haut. Nach Kaffee Hautjucken. Nach Obst Platzen der Haut. Nach Trinken einer Calcium-Quelle ein Hautausschlag. Meist blasses Gesicht. Dann wieder gerötet mit Hitzegefühl. Die 35 jährige Patientin schläft sehr oft am Tage ein. Im Bureau bekommt sie vormittags mindestens 20 Schlafanfälle. »Wenn ich lache, knicke ich zusammen. Wenn ich etwas trage, würde ich es fallen lassen. Bei den Schlaf- und Lachanfällen bin ich ganz haltlos. Mit dem Kopf würde ich auf die Tischplatte schlagen«. In der Bahn schläft sie plötzlich ein und wird durch den Ruck wieder munter. Bisweilen muß sie nach dem Schlafanfall, in dem sie einen Augenblick genickt hat, ein bis zwei Stunden kämpfen, ehe sie richtig wach wird. Darunter leide die Arbeit und es werde gemerkt. Sie behauptet, besonders bei Regenwetter oft einzuschlafen, Wiederholt ist sie hingefallen und hat sich Blutergüsse in den Beinen zugezogen. Ein Bruder von ihr hatte Asthma. Sonst keine erkennbare hereditäre Belastung. Die Thyreoidea ist etwas vergrößert.

Auch in diesem Falle kommt im Zusammenhang mit der Narkolepsie eine innersekretorische Störung in Betracht, und zwar unter Beteiligung der Ovarien und der Thyreoidea. Bei beiden Patienten wurde Coffein ohne Erfolg gegeben, bei Fall 1 auch Luminal. Schilddrüsentherapie hat bei Fall 2 nur eine vorübergehende Gewichtsabnahme erzielt, aber keinen dauernden Einfluß auf die Schlafanfälle und den Tonusverlust nach Lachen.

B. Symptomatische Narkolepsie bei Schizophrenie.

Fall 3. Walter L., Schlosser aus Rußland, 22 Jahre. Schizophrenie wurde in der Nervenklinik der Charité und vorher in der Königsberger Psychiatrischen Klinik diagnostiziert, in der letzteren war außerdem, offenbar irrtümlich, Petit mal angenommen worden. Auch dieser Patient litt an Fettleibigkeit. Die in der 1. med. Klinik der Charité ausgeführten Stoffumsatzuntersuchungen ergaben Hypothyreoidismus als Hinweis auf innersekretorische Störungen.

Patient hatte früher Grippe und Masern, aber keine Encephalitis epidemica. Es besteht Narkolepsie mit Tonusverlusten und Tonusblockade (*Stern* 7) ohne affektive Auslösung. Seit dem 17. Jahre leidet er an Anfällen von Schlafsucht. Im Gehen und im Sitzen überfällt ihn die Müdigkeit und er schläft dann ein, wobei er einen heiteren Gesichtsausdruck zeigt und hin und wieder Zucken in den Gliedern bekommt. Das Sprechen fällt ihm dabei schwer, die Lider werden ihm ebenfalls schwer. Er bekommt Schwäche in den Beinen und fällt um oder vom Stuhle, auch bei erhaltenem Bewußtsein. Die Anfälle dauern nur Sekunden bis Minuten. Puls 42 bis 50 Schläge in der Minute.

Erwähnenswert ist die Bradycardia, die auf Vagusreizung hinweist.

C. Ein Fall von Pyknolepsie (*Friedmann* [8]).

Fall 4. Margarete W., Kind von neun Jahren, das 7. von 9 Kindern nervöser Eltern, intelligent, sehr lebhaft, geistig gut entwickelt, aber gracil, anämisch und sehr sensibel. Augenbindehaut-, Gaumen- und Rachenreflexe fehlen. Seit einigen Jahren leidet sie an häufig sich wiederholenden Anfällen, in denen sie, wo sie geht und steht, auf Sekunden einen veränderten Bewußtseinszustand hat, träumt, gleich wieder aufwacht und in ihrer Beschäftigung fortfährt. Sie läuft dabei ruhig weiter und würde, wie der Vater sagt, in den Rinnstein fallen, ohne ihn in diesem Zustand zu bemerken. In der Sprechstunde des Arztes, wohl beim Affekt der Spannung, treten derartige Traumzustände häufig auf. Patientin wird dabei blaß, ist aber gleich wieder bei Besinnung. Befällt sie in der Bahn ein derartiger Zustand und man stößt sie an, so erwacht sie sofort und stößt wieder.

Dieser Fall schließt sich den von *Pohlisch* [9]) und *Stier* [10]) beschriebenen Fällen mit günstiger Prognose an und gehört nicht zur genuinen Epilepsie; von der Narkolepsie unterscheidet er sich durch die hier fehlende Symptomenverknüpfung der letzteren mit Tonusverlust und die Form und Dauer der Bewußtseinsunterbrechung. Auch hören die Anfälle bei der Pyknolepsie meist vor der Pubertät oder mit deren Einsetzen auf, während die Narkolepsien erst mit der Pubertät einsetzen. Der Typ der frühreifen und überdurchschnittlich befähigten, etwas vorlauten Kinder, zu denen der geschilderte Fall gehört, scheint unter den Pyknoleptischen, die sich später als geheilt erweisen, zu überwiegen. Vgl. *Homburger* [11]), *Pohlisch* [9]).

D. Neigung zum Einschlafen.

a) bei Arteriosklerose, Diabetes und Fettsucht.

Fall 5. 67 jähriger Schneider, Matthias T., wegen Augenmuskelschwäche nach leichtem apoplektischen Insult zu mir geschickt, hat Neigung zum Weinen und Lachen (verminderte Reizschwelle), Zucker im Harn, Fettleibigkeit »Besonders nach dem Essen, aber auch sonst befällt mich ein Gefühl der Schlaffheit; setze ich mich dann nur eine Sekunde, bin ich schon eingeschlafen«. Der Schlaf dauert eine Viertel- bis eine halbe Stunde. Außerdem treten Schwindelanfälle und Kopfschmerzen auf. Die Arbeit liefe ihm häufig weg und er müsse sich hochrichten, damit er wieder zu sich käme.

In der Gesundheit kommt es beim Ermüden natürlich auch zum Einschlafen. Hier ist das aber neben dem Zwangsweinen und Zwangslachen eine durch die Krankheit gesteigerte Erscheinung. *Lewandowski* [12]) weist auf das Zwangslachen bei Arteriosklerose hin, ebenso *Bleuler* [13]) auf Lach- und Weinkrämpfe bei amyotrophischer Lateralsklerose und Arteriosklerose; *Curschmann* und *Kramer* [14]) auch bei multipler Sklerose und Pseudobulbärparalyse. Siehe auch den weiter unten angeführten Fall von *Ulrich* (*Romberg* [44])).

b) bei erblich belastestem Psychopathen mit Lues, Hypochondrie und Grübelsucht.

Fall 6: Ingenieur Karl S. schläft besonders, wenn er hungrig ist, leicht

ein, z. B. in der Sprechstunde des Arztes. Sobald er angeregt ist, kommt ihm das Schlafbedürfnis nicht. Der Gedanke, er komme noch nicht heran, erregt ihn. Er ärgert sich darüber, daß er nicht als Erster vorgelassen wird. Vermutlich infolge der Aufregung, wobei er durch Anspannung eine gewisse Kraft verbraucht, erschlafft er, wird im Körper unbeweglich und verfällt in einen mit unruhigen Träumen erfüllten Schlaf, um sofort aufzuwachen, sobald er an die Reihe kommt. Diese Schlafanfälle treten häufig ein, wenn er ohne Beschäftigung ist.

Hier scheint ein Affekt der Spannung und des Ärgers den Schlafzustand einzuleiten und einen Tonusverlust mit sich zu bringen.

E. Hysterischer Schlafzustand bei Musik- und Tanzmedium.

7. Fall: Vor Jahren stellte ich in der Gesellschaft für gerichtliche Medizin eine junge hysterische Patientin vor, welche in einen schlafähnlichen Zustand verfiel, sobald Musik ertönte. In diesem tanzte sie; sobald die Musik aufhörte, hörte sie auch zu tanzen auf und erwachte.

Die Pupillen waren weit und reagierten wenig auf Lichteinfall, wenn die im Schlaf geschlossenen Augenlider gehoben wurden. Es bestanden hysterische Stigmata, besonders Analgesie des Körpers und konzentrisch eingeengtes Gesichtsfeld. Als Medium wollte sie öffentlich auftreten; das wurde ihr aber auf Grund der amtsärztlichen Untersuchung untersagt, um sie nicht gesundheitlich zu gefährden.

Auch narkoleptische Anfälle werden gelegentlich durch Musik ausgelöst, wie der Fall von *Zador* [15]) zeigt.

F. Traumatischer Epileptiker mit Lachkrämpfen und Tonusblockade.

Fall 8: Max I., jetzt 35 jährig, mos., Schwerkriegsbeschädigter. Schädelschuß mit großen Defekten am Schädel 1915. Einschuß am rechten Stirnbein hinter der Haargrenze neben der Mittellinie mit tiefer Einsenkung und zirka Dreimarkstück großer Knochenlücke. Ausschuß an dem linken Schläfenbein. Fünfmarkstückgroßer Knochendefekt mit pulsierendem Gehirn unter der Haut. Große Operationsnarben. In der Schule hat er gut gelernt. Gymnasium bis zur Obersekunda besucht, leicht begriffen, wurde Kaufmann, hat aktiv gedient, war während des Feldzuges zirka 1 Jahr in Rußland an der Front. Nach dem Schädelschuß lange bewußtlos gewesen und völlige Lähmung an Armen und Beinen. Erst zirka 3/4 Jahr nach der Schußverletzung habe er richtig gewußt, wo er sich befand. Es habe sehr lange gedauert, bis er wieder gehen konnte. In Bromberg sei er lange Zeit täglich elektrisiert und massiert worden. Er leidet:

1. an epileptischen Absenzen, die sowohl ohne als durch Affekte ausgelöst werden. Sie gehen mit tonischem Krampf in den Händen, die gelöst werden müssen, mit Zungenbiß und gelegentlichen secessus inscii einher.
2. an einem Lachkrampf, der mit Kataplexie einhergeht und von einem narkoleptischen Zustand gefolgt wird. Tonusschwäche überdauert das Erwachen längere Zeit (Lachschlag?)

Die Lachanfälle sind erst seit kurzem aufgetreten. Einmal saß er im Tiergarten auf der Bank. Er mußte wer weiß wielange lachen, ohne irgend ersichtlichen Grund. Dabei brach er zusammen, kippte von der Bank und schlief ein. Als er nach einer gewissen Zeit wieder aufwachte, wußte er nicht, wo er war, und wie lange er dagelegen hatte. Er erinnerte sich aber, daß es mit Lachen angefangen hätte, und daß er von der Bank heruntergesunken war. Danach war er noch unfähig, seine Glieder zu bewegen, zitterte, empfand Schwäche in den Beinen und Händen und einen schmerzhaften Druck im Hinterkopf. Es dauerte noch einen halben Tag, bis er wieder seine volle Beweglichkeit bekommen hatte und sich wieder wohlfühlte.

3. bekam er einen Lachkrampf, m. E. als Dämmerzustand und epileptisches oder narkoleptisches Äquivalent.

   In einem Lokal fing er grundlos an zu lachen. Der Lachanfall dauerte nach seiner Angabe bald eine Viertelstunde. Er hörte dabei, daß die Leute sprachen, z. B. daß er in eine Irrenanstalt gehöre, war aber außerstande, dem Lachen Einhalt zu tun. Er habe die Hand vor den Mund gehalten und den Unterkiefer festzuhalten gesucht, das Lachen aber nicht unterdrücken können und »von nichts gewußt«. Schließlich sei er aufgestanden, habe bezahlt und sei fortgegangen. Es sei ihm peinlich, wenn ihn das Zwangslachen befalle, da die Leute dächten, man lache sie aus. Dabei bewirkte die kleinste Eschütterung des Kopfes bei ihm anhaltende Kopfschmerzen. Die von ihm während des Lachkrampfes gemachten Wahrnehmungen über die Umgebung müssen, wie ich glaube, im Dämmerzustand gemacht worden sein. Die Beherrschung der mimischen Muskulatur war dabei seinem Willen entzogen.

4. litt er an Wachträumen mit Amnesie. Er äußerte: Am Tage bin ich dauernd im Traumzustand, mitunter mehr als nachts. Auch wenn ich laufe, träume ich. Dann bin ich bald Millionär, bald etwas anderes und spinne die Gedanken wer weiß wie weit und vergesse die Wirklichkeit; mit einem Mal sind alle Gedanken fort und ich weiß nicht mehr, was ich gedacht habe, kann mich an gar nichts mehr erinnern und werde mir wieder meines Elends bewußt. In der Nacht habe er unruhige Träume und werde jede Nacht mehrmals ermordet.

5. leidet er an affektepileptischen Absenzen. Diese werden durch ängstliche Spannung beim Überschreiten der Straßendämme hervorgerufen. Ihr Eintritt wird vermutlich durch Hyperventilation (*Strauss*[16])) bei viel Bewegung im Freien erleichtert. Wenn er in großen Verkehr komme, werde ihm schlecht und er falle um, meistens dann, wenn er Angst empfinde, ob er ohne Gefahr über den Straßendamm hinwegkomme. Wiederholt mußte er dabei in Krankenhäuser gebracht werden.

6. leidet er mitunter am Tage auch an Angstzuständen; es sei ihm, als stürze alles zusammen. Diese Zustände dauern etwa 1—2 Stunden. Er denke alsdann, es habe zu Hause gebrannt oder ähnliches.

7. Auf innersekretorische Störungen weisen Schweiße, Haarausfall und Ergrauen des Haares, Juckreiz, auf vasomotorische Erblassen oder Erröten des Gesichts hin.

8. Es besteht mangelnde Konzentrationsfähigkeit ohne wesentliche epileptische Charakterveränderungen. Wenn er heute etwas lesen solle,

finde er sich nicht mehr darin zurecht, vergesse sofort das Gelesene. An Lesen von Büchern sei gar nicht zu denken.

Therapeutisch wirken Brom, Luminal und Esdesan (Chloralhydratkombination) günstig auf die Anfälle ein.

G. Epilepsie durch Kopftrauma verschlimmert.

Nach Affekt kurze Absenzen mit Sprachhemmung (Adynamie) und Sprachentgleisung bei schon wieder erlangtem Bewußtsein. Auch morgens nach Erwachen noch müde und schwerfällig in den Gliedern (Dissoziationserscheinung). Außerdem häufige Ermüdungsschlafanfälle bei Tage, so daß Patient einschläft, sobald er sich setzt.

Fall 9.: Adolf F., 35 Jahre, Arbeiter, sehr groß, stark und fettleibig. Vater und Großvater Potatoren. Eine Schwester geistig zurückgeblieben. F. hat den Feldzug als aktiver Soldat mitgemacht. Schon vordem ein epileptischer Anfall. 1925 Betriebsunfall (Stoß gegen den Schädel mit Erschütterung und Kopfschmerzen). Danach vermehrte epileptische Anfälle. Bezieht Rente von Unfallberufsgenossenschaft. Charakterveränderung. Reizbar, rechthaberisch, vergeßlich, moros. Einmal Tobsucht. Größere Anfälle alle 4 Wochen mit Zungenbiß, Verletzung beim Hinstürzen, tonisch-klonischen Krämpfen, nachfolgendem tiefen Schlaf und Amnesie. Außerdem Anfälle von Petit mal. Nach Aufregung über das Ausbleiben der Menses bei seiner Frau kleine Abwesenheitszustände, in denen die Gedanken sekundenweise aussetzen. Nach Erwachen, bei vollem Bewußtsein, während er weiß, was um ihn herum vorgeht, kann er nicht sprechen oder »kommt mit der Sprache nicht mit«, redet etwas anderes, als was er sagen will. »Ein ganz komisches Gefühl, wenn man nicht das reden kann, was man gemeint hat«. (Paraphasie.) Diese Anfälle beginnen auch öfter mit Lallen bei getrübtem Bewußtsein, wodurch die Umgebung auf denselben aufmerksam wird.

H. Epilepsie und Tonusverlust. Adipositas. Affektepileptischer Dämmerzustand. Dissoziationserscheinungen.

Fall 10: 40 jährige Klavierlehrerin Milli B., seit 25 Jahren neben typischen epileptischen Ohnmachtsanfällen mit Zungenbiß Anfälle bei erhaltenem Bewußtsein von Tonusblockade und Tonusverlust, ausgelöst durch Müdigkeit und Angstaffekte.

1. Morgens ist sie zwar wach, aber noch kraftlos in den Gliedern (Dissoziation). Dabei ist sie zittrig, motorisch gehemmt, läßt die Tasse fallen. Auch sonst nach Ermüdung Neigung zu derartiger motorischer Schwäche bei erhaltenem Bewußtsein. Der Nachtschlaf ist gut, sie hat aber viele Träume.
2. Nach ängstlichen Gedanken und Wachträumen läßt sie Gegenstände aus der Hand fallen.

Bei Unterhaltung mit fremden Personen wird sie leicht ängstlich-erregt, gerät in traumhaften Zustand und vergißt das ihr Gesagte. Es besteht also dann Amnesie nach einem durch einen Affekt ausgelösten traumhaften Zustand (Affektepileptischer Dämmerzustand).

Adiposität. Zur Zeit der Periode verstimmt. Gesichtszuckungen. Zwangs-

gedanken. Mutter war schwermütig, Tante nervös. Trotz langer Dauer des Leidens ist Patientin geistig auf der Höhe geblieben und zeigt keine Charakterveränderungen. Früher Facialis-Lähmung, aber kein Anhalt für Encephalitis epidemica.

Sehr günstiger Einfluß durch Behandlung mit Luminal, so daß sie dem Beruf, der ihr oft zur Last wurde, wieder Interesse und Freude entgegenbringt.

Wegen Adipositát, Neigung zu Schweißen, Wechsel der Gesichtsfarbe, Dysmenorrhoe sind innersekretorische Störungen anzunehmen. Der Fall läßt an *Pfisters* verzögertes psychomotorisches Erwachen und die krankhaften Dissoziationszustände von *C. Rosenthal* [17]) [18]) denken.

* * *

Die epileptischen Zustände sind ohne Zweifel von den narkoleptischen zu trennen. Die Fälle 8 und 9 des schwer Kriegsverletzten und des Unfallverletzten zeigen aber, daß neben epileptischen auch narkoleptische Anfälle vorkommen können. Für die letzteren spricht bei Fall 8 die Einleitung durch den Lachkrampf mit Tonusblockade bei zuerst erhaltenem Bewußtsein, ferner die Erinnerung für die Vorgänge vor dem Bewußtseinsverlust, was bei den epileptischen wohl auch, aber seltener vorkommt. Es ist allerdings fraglich, ob hierbei ein narkoleptischer Schlafzustand anzunehmen ist oder ein *Oppenheim*scher Lachschlag [19]), der keinen Schlaf, sondern einen epileptischen Abwesenheitszustand voraussetzt. Eine scharfe Trennung zwischen *Oppenheim*schen Lachschlag und narkoleptischer affektiver Tonusblockade dürfte im übrigen nicht leicht fallen. Auch *Schuster* [20]) hält die Abtrennung der Narkolepsie von dem Lachschlag nicht für richtig, glaubt vielmehr mit *Redlich* [21]), daß der Lachschlag eng mit den narkoleptischen Störungen verwandt ist. Mein Fall 8 scheint für diese Auffassung zu sprechen, während *C. Rosenthal* [22]) den *Oppenheim*schen Lachschlag von der Lachschwäche der Narkoleptischen streng geschieden wissen will.

Nach *Heveroch* [23]) ruft heftiges Lachen Krampf des Zwerchfells mit Schlucken bei Narkolepsie und enzephalitischen Prozessen hervor. *Wilson* [24]) hat beim Lach- und Weinkrampf eine Dissoziation zwischen psychischen und physischen Elementen der Affekte beobachtet und bei Schluchzkrämpfen mit Gesichtsverziehung an einen facio-respiratorischen Mechanismus gedacht. Bei der unwillkürlichen Regulierung kämen von der Gehirnrinde zum Respirationszentrum führende Bahnen in Betracht, deren Reizung Beschleunigung bzw. Anhalten der Atmung bewirkte.

Bei den in meinen Fällen vorgekommenen Lachkrämpfen macht es den Eindruck, als ob psychische Ursachen und willkürliche Bewegungsantriebe nicht im Spiele seien, wohl aber unwillkürliche, vielleicht unter Mitwirkung von Vagusreizen, die auf das Zwerchfell einwirken. Auch bei Schizophrenen dürfte das Zwangslachen und das seelenlos erscheinende Gesichtsverziehen weniger psychisch bedingt sein als unwillkürlichen Bewegungsmechanismen seine

Entstehung verdanken. Dahingegen die hysterischen Lach-, Wein- und Atemkrämpfe mehr psychisch, willkürlich hervorgerufen sein dürften. Bei den von mir beschriebenen [25]) [26]) respiratorischen Reflexkrämpfen kommen wohl beide Komponenten in Betracht.

Durch Gemütserregungen können die verschiedenartigsten Anfälle ausgelöst werden (psychasthenische Anfälle — *Oppenheim*, reaktive Epilepsie — *Bonhöffer*, Affektepilepsie — *Bratz* [27]) u. a.). Manche Anfälle mögen narkoleptische sein, die ja doch teilweise durch Affekte ausgelöst werden. Die echte Narkolepsie hat nichts mit Hysterie und Epilepsie zu tun, wohl aber findet man psychopathische Stigmata (*Redlich*, *Kleine* [28])). Die symptomatischen Formen der Narkolepsie kommen bei Psychopathen, Neurasthenikern, Epileptikern, bei Schizophrenien, Katatonie, Intoxikationen und organischen Gehirnkrankheiten (Arteriosklerose, Lues, Tuberkulose, Tumoren besonders der Hypophysen, Schlafkrankheit, Encephalitis epidemica (vgl. *Stern* [29]), *Redlich*, *Stiefler*, *Adie*, *Strauß*, *Kluge*, *Münzer*, *Hermann*, *Wilson* u. a.), multipler Sklerose (*Jacobsohn* [30])) auch bei Diabetes, Fettsucht und Chorea sowie in der Schwangerschaft (*Nevermann* [31])) vor. Die Narkolepsie ist in vielen in- und außereuropäischen Ländern beschrieben worden. Bei ihrem Auftreten nach Schädelverletzungen ist sie nicht wie bei ihrer idiopathischen Form an das Alter der der Pubertät folgenden Jahre gebunden, sondern tritt naturgemäß erst nach der Verletzung auf, entweder schon in den ersten Monaten nach dem Trauma oder wie in dem Fall 8 nach einer längeren, oft jahrelangen Latenzzeit.

Über Narkolepsie nach Trauma berichtet *P. Geipel* [32]) von einem 43jähr. Mann, der 4½ Jahre nach einem Schlag auf den Kopf intermittierende Schlafanfälle bekam, mit völligem Bewußtseinsverlust und Amnesie für den Schlafanfall von 10—15 Minuten Dauer. Tod nach gehäuften Anfällen. Hirn ohne Veränderung befunden. Verfasser nimmt Narkolepsie auf Grund einer durch das Trauma bedingten »Umstimmung« an.

Henneberg [33]) hält wegen Fehlens näherer Beschreibung die Beurteilung der Anfälle für unsicher. Ich möchte sie eher als epileptische Absencen als als narkoleptische Anfälle ansehen, da von völligem Bewußtseinsverlust die Rede ist, ohne daß Anfälle von Tonusverlust bei erhaltenem Bewußtsein erwähnt werden.

Gillespie [34]) berichtet über einen 40jährigen Mann, dessen Mutter an Paralysis agitans leidet und der nach vielen Anstrengungen und Sorgen eine Gehirnerschütterung erlitten hat, wobei er 20 Stunden bewußtlos war. Derselbe verlor 1924 plötzlich auf kurze Zeit alle Kraft im rechten Arm, so daß eine Tasse, die er gerade in der Hand hielt, zu Boden fiel. Von da ab befiel ihn häufig bei geringfügiger Erregung eine allgemeine Muskelschwäche, wobei er oft zu Boden fiel. Seit 1925 mußte er vermeiden zu lachen, da er sonst plötzlich die Herrschaft über seinen Unterkiefer verlor und dieser schlaff herunterfiel. Bald darauf stellten sich Zustände von Schläfrigkeit ein, wobei er auch öfters einschlief. Bei einem Anfall fiel plötzlich der Kopf schlaff

auf die Brust. Er fiel nicht hin, das Bewußtsein war völlig erhalten. Dauer 30 Sekunden.

Papastratigakis [35]) beschreibt die Entwicklung eines Mittelhirnsyndroms bei 25jährigem Mann im Laufe von 3 Jahren nach Gehirnerschütterung. Kopfunfall. Mehrstündiger Bewußtseinsverlust, danach 4 Monate dauernder Verwirrtheitszustand. In dieser Zeit Auftreten narkoleptischer Anfälle, die nach 3 Jahren seltener erschienen. Die übrigen Symptome wiesen auf Lokalisation in der Gegend des rechten pedunculus hin.

Haenel [36]) stellte einen 39jährigen Mann mit Schlafanfällen vor, die zwei Monate nach Kopfverletzung mit Bewußtlosigkeit und Erbrechen aufgetreten sind. Außerdem bei freudigen Affekten Anfälle von Tonusverlust. Beim Spielen mit Kind fällt er ohne Bewußtseinsverlust schlaff zu Boden in allen Abstufungen von völliger Blockade bis sekundenlangem Herabfallen eines Armes und momentanem Zusammenzucken der Knie. Persönlichkeitsveränderungen und Demenz.

Rosenthal [22]) erwähnt einen Fall von Schädeltrauma mit Auftreten von »Wachanfällen« im Gegensatz zu Schlafanfällen und Steigerung des Grundumsatzes.

Als Beispiel für das Vorkommen von affektivem Tonusverlust neben epileptischen Anfällen, ähnlich wie in meinem Fall 8, finde ich in der Literatur einen Fall von *Laforta* [37]). Derselbe berichtet von einem 19jährigen Mann, dem bei Gemütsbewegungen die Beine plötzlich versagten und der zugleich an epileptischen Anfällen litt. Dabei hatte er noch polyneuritische Symptome.

Über die Vorbedingungen zu den Schlafstörungen wird eine konstitutionelle Bereitschaft angenommen.

Curschmann und *Prange* [38]) führen an, man habe eine konstitutionelle erhöhte Reizschwelle für die den Schlafeintritt hemmenden Einwirkungen anzunehmen, eine funktionell-neurotische Umformung bzw. Steigerung der Einschlafreaktion des Organismus. Das Zusammenknicken bei Affekten, der affektive Tonusverlust (*Redlich*) sei ein Symptom, das sich bei vielen übererregbaren Personen finde und sei keineswegs für Narkolepsie spezifisch. Bei der Narkolepsie erfährt die Tonusveränderung nach Affekten in der Tat nur eine mehr oder weniger krankhafte Steigerung. Diese Tonusveränderung ruft an Tieren z. B. bei Schreck das Sich-Totstellen hervor, veranlaßt beim heftigen Lachen mancher gesunder, aber leicht erregbarer Personen das Sich-Hinsetzen, Sich-Totlachen, beim Kitzeln das Tot-Kitzeln (motorische Adynamie — *Schuster*) oder bei Emotionsschock das Zubodenstürzen, beim Glücksrausch entweder einen kataleptischen Ekstasezustand oder ungehemmte gesteigerte Beweglichkeit mit Redeschwall.

Als Ursache der narkoleptischen Störung werden vielfach innersekretorische Störungen angegeben, die subkortikale Zentren leicht ansprechbar machten und auf dem Wege über das Strio-Pallidum zu den kataplektischen und Schlafanfällen führten. Vgl. *Matzdorf* [39]). Nach *Hilpert* [40]) ist anzunehmen, daß infolge einer konstitutionellen Übererregbarkeit der Schlafzentren bei der Narkolepsie die Schlafregulation gestört ist und daß die gesteigerte Ansprechbarkeit tonushemmender Zentren des Zwischenhirns bei affektiven Erregungen zum Tonusverlust führt. Nach *Redlich*, *Pette* [41]) u. a. werden die Störungen in das Mittelhirn und Zwischenhirn verlegt, speziell in die Hinterwände des dritten Ventrikels und in das anstoßende Grau der Interpedunculargegend, in die Gegend des Aquäduktus und der Haube. Affekte

wirkten sich mit ihren motorischen, vasomotorischen und vegetativen Erscheinungen in den subkortikalen Zentren, namentlich im Thalamus aus, wo auch die Zentren für die Regulierung des Tonus wären. Es könne unter dem Einfluß von Affekten eine plötzliche Steigerung der Tonushemmung, eine Tonusblockade zustande kommen. Die Nähe des Schlafzentrums machen Übergänge zwischen Schlafanfällen und Tonushemmungen verständlich.

Mit Rücksicht auf die Periodizität der Anfälle und die schnelle Erholung möchte ich mit *Redlich* annehmen, daß ein anatomischer Prozeß unwahrscheinlich ist, dagegen funktionelle Störungen des Gleichgewichts der subkortikalen Zentren annehmen, wenigstens soweit nicht Herderscheinungen bei symptomatischer Narkolepsie eine organische Läsion der entsprechenden Regionen mit sich bringen, wobei nach *Kleist* [42]) u. a. doppelseitige Schädigungen des Höhlengraus entscheidend wären. Bei der Narkolepsie spielt wahrscheinlich eine Beeinflussung der in Frage kommenden Gehirnregionen durch inkretorische Organe eine Rolle.

H. Strauss [43]) nimmt an, die primäre Schwäche liege in Apparaten, die den Beziehungen zwischen affektiven und sensorischen Reizen einerseits zu gewissen Zentralstätten des Muskeltonus, des Bewußtseins und vegetativer Funktionen andererseits dienen. Da nach *F. H. Lewy* ein Teil der thalamischen Erregungen im Zwischenhirn selbst entstehen und da eine gegenseitige Beeinflussung dieser Hirngebiete durch chemisch-hormonale Reize gedacht werden könne, könnte nach *Rosenthal* die Entstehung der krankhaften Dissoziationszustände durch abnorme, im Hypothalamus entstehende Reize erklärt werden, die auf die neuro-dynamischen Vorgänge im Thalamus störend einwirkten und dort zu Schaltstörungen führten. Bei einem Fall von Lachkrämpfen neben Atem-, Wein- und Schreikrämpfen, der von *Ulrich* in Koblenz mitgeteilt und von *Romberg* [44]) auszugsweise wiedergegeben ist, fanden sich bräunliche Erhöhungen in der medulla oblongata, die sich bis zur hinteren Seite des pons erstreckten. Der Aquaeductus Sylvii und der vierte Ventrikel waren auffallend erweitert (vermutlich war es ein Fall von Bulbärparalyse).

Ich nehme an, daß in meinem Fall 8 Gewebsläsionen auf kortikale und subkortikale Zentren einen Reiz ausüben, der ähnlich wie bei der Migräne periodisch zu den verschiedenartigsten Anfällen (epileptischen Absenzen, Schlafanfällen, Zwangslachen mit und ohne Tonusblockade) führt. Innersekretorische Störungen scheinen hierzu mit beizutragen, wie auch in den übrigen Fällen von idiopathischer und symptomatischer Narkolepsie die vorhandene oder hinzugetretene Fettsucht und andere Begleiterscheinungen (Juckreiz, vasomotorische und sekretorische Störungen) auf eine Mitbeteiligung einer inneren Sekretionsstörung schließen lassen. Auch eine Vagusaffektion scheint beim Fall 8 im Spiel zu sein und das Zwerchfell beim Zwangslachen zu reizen, ebenso wie im Fall 3 die Bradykardie auf Vagusbeeinflussung des Herzens zurückzuführen sein dürfte. *Sperling* [45]) und *Raimund Wimmer* sprechen von Vagusneurose des

Schlaf- und Tonusapparates und von Hemmung bedingter Reflexe (*Pawlow*) beim Einschlafen.

Forensisch ist die Narkolepsie bereits vereinzelt von Bedeutung gewesen. So führen *Henneberg* [46]) und *Foot* [47]) an, daß Soldaten zufolge Narkolepsie auf Posten eingeschlafen seien.

Die Unfallverletzung des Fall 1 in schlaftrunkenem Zustand der Narkolepsie ist ein Beweis dafür, daß zur Verhütung von Betriebsunfällen an Narkolepsie leidende Personen ebenso wie an Petit mal erkrankte Leute nicht in gefährdeten Betrieben beschäftigt werden sollten.

* * *

Literatur.

1. *W. R. Hess*, Hirnreizversuche über den Mechanismus des Schlafes. Versammlg. d. Südwestdeutschen Neur. und Psychiater in Baden-Baden. 1928.
2. *Ders.*, Filmdemonstration von Effekten elektrischer Hirnstammreizungen, ebendort.
3. *K. Bonhöffer*, Die Entwicklung der Anschauungen von der Großhirnfunktion. Deut. med. Wochenschr., Jahrg. 50, Nr. 49, S. 1708—10.
4. *C. Westphal*, Eigentümliche mit Einschlafen verbundene Anfälle. Arch. f. Psych. Bd. 6, S. 3.
5. *Gélineau*, 1880.
6. *R. Thiele*, Über zwei Fälle von Narkolepsie und Lachschlag. Ges. f. Psych. und Nervenkrankh Berlin, v. 14. 2. 1927.
7. *F. Stern*, Encephalitis epidemica. Fortschritte der Neur. u. Psychiatrie, Mai 1929.
8. *M. Friedmann*, Über die nicht-epileptischen Absencen oder kurzen narkoleptischen Anfälle. Deut. Ztschr. f. Nervenh. 30, 462. 1906.
   Derselbe, Zur Kenntnis der gehäuften nicht epileptischen Absencen im Kindesalter. Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psychiatrie. 9, 245. 1912.
9. *K. Pohlisch*, Zur Frage der Pyknolepsie. Arch. f. Psych. u. Nervenkr. Bd. 67, Heft 4.
10. *Stier*, Verein f. innere Medizin und Kinderheilkunde, Pädiatr. Sektion Berlin, 12. Mai 1922.
11. *A. Homberger*, Psychopathologie des Kindesalters. Verlag Springer. 1926. S. 771.
12. *M. Lewandowski*, Handbuch der Neurologie. Berlin, Springer. Bd. I, S. 1244. Bd. II, S. 144.
13. *Bleuler*, Lehrbuch der Psychiatrie. Springer, 1916.
14. *Curschmann* und *Kramer*, Lehrbuch der Nervenkrankheiten. Berlin, Springer. 1925. S. 245, 249, 296, 592, 687.
15. *J. Zador*, Ein Fall von symptomatischer Narkolepsie mit experimenteller Auslösbarkeit der Anfälle durch Musik usw. ZentrBl. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 49.
16. *H. Strauss*, Symptomatische Narkolepsie und Hyperventilation. Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psychiatr. Bd. 109, Heft 3, S. 401—410; 1927.

17. *C. Rosenthal*, Über das verzögerte psychomotorische Erwachen. Arch. f. Psych. Bd. 181, Heft 2, S. 159—171.
18. *Derselbe*, Über die krankhaften Dissoziationszustände bei der echten Narkolepsie und dem verzögertem psychomotorischen Erwachen. Arch. f. Psych. Bd. 84, Heft 1, S. 120—180.
19. *H. Oppenheim*, Über Lachschlag. Monatsschr. f. Psych. u. Neur. XI, 1902, S. 241.
20. *P. Schuster*, Sitzung der Gesellschaft f. Psychiatrie u. Nervenkr. Berlin, v. 12. 7. 1926.
21. *F. Redlich*, Über Narkolepsie. Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 95, Heft 12, 1925; S. 256—270.
22. *C. Rosenthal*, Wachanfälle, Schlafanfälle und Zustände affektiver Kataplegie und ihre Beziehung zur Encephalitis epidem. Versammlung der südwestdeutsch. Neur. u. Psych. Baden-Baden, Juni 1928, nach Zentrbl. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 51, S. 243. 1929.
23. *Heveroch*, Narkolepsia. Casopis lè kèrno oeských Jahrg. 63, Nr. 41, S. 1477—1840 (tschechisch).
24. *Wilson, S. A.*, Kinnier. Some problems in Neurology II. Pathological Laughing and crying. Journal of neur. a. psychopathol. Bd. 4, Nr. 16, S. 299—333. 1924.
25. *M. Edel*, Über zwei eigenartige Krampfformen. Berl. klin. Wochschr. Nr. 45, 1895.
26. *Derselbe*, Respiratorischer Reflexkrampf. Zentralbl. f. Nervenh. u. Psych. Okt. 1895.
27. *Bratz*, Das Krankheitsbild der Affektepilepsie. Ärztl. Sachverst.-Ztg. Nr. 6, 1907.
28. *W. Kleine*, Periodische Schlafsucht. Monatsschr. f. Psych. u. Neur. Bd. 57, Heft 5, 6, S. 285—320. 1925.
29. *F. Stern*, Encephalitis epidemica. Julius Springer. II. 1929.
30. *E. Jacobsohn*, Über die Einwirkung multipler Sklerose auf Narkolepsie. Berl. klin. Wochschr. Jahrg. 6, Nr. 26, S. 1241.
31. *H. Nevermann*, Über Narkolepsie in der Schwangerschaft. Deut. Med. Wochschr. Jahrg. 47, Nr. 39, S. 1164. 1921.
32. *P. Geipel*, Über Narkolepsie nach Trauma. Monatsschr. f. Unfallheilk. u. Versich.-Medizin. Jahrg. 32, Nr. 9, S. 208—212. 1925.
33. *Henneberg*, Bericht über vorstehenden Fall. Zentralbl. f. Neur. u. Psych. Bd. 42, S. 589.
34. *Gillespie*, A case of cataplexy. Journal of neur. a. psychopathology Bd. 8, Nr. 29, S. 33—38.
35. *Papastratigakis*, Narkolepsie post-commotionelle tardive associée à un syndrome mèsocèphalique. Encéphale Jahrg. 1922, Nr. 5, S. 354—356. 1927.
36. *Haenel*, Ein Fall von Narkolepsie. Sitzung der deutschen Forschungsanstalt f. Psychiatrie in München vom 28. 2. 1928. Zentralbl. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 51, S. 861, 1929.
37. *Laforta*, Essentielle und symptomatische Narkolepsie. Arch. de neur. Bd. 7, Nr. 2, S. 49—63, 1927 (spanisch).
38. *H. Curschmann* u. *Franz Prange*, Über Einschlafsucht (Narkolepsie und Verwandtes). Dtsch. Ztschr. f. Nervenh. Bd. 86, Heft 3, 4, S. 97—104. 1925.

39. *P. Matzdorf*, Über Narkolepsie. Sitzung d. ärztl. Vereins in Hamburg vom 21. 4. 1925. Zentralbl. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 41, S. 244.
40. *Hilpert*, Über einen Fall von Narkolepsie. Klin. Wochschr. Jahrg. 4, Nr. 32, S. 1553—57.
41. *Pette*, Zur Anatomie und Pathologie der Schlafregulationszentren. Ztrbl. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 51, S. 234.
42. *Kleist*, Schlafstörungen bei Herderkrankungen des Gehirns. Zentralbl. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 51, S. 235.
43. *H. Strauss*, Zur Kasuistik und Auffassung der Narkolepsie. Monatsschr. f. Psych. u. Neur. Bd. 61, Heft 5, S. 265, 1926.
44. *M. Romberg*, Pathologie und Therapie der Sensibilitäts- und Motilitätsneurosen. Berlin, Hirschwald. 1857. S. 438.
45. *Sperling, Otto* u. *Raimund Wimmer*, Zur Kasuistik und Auffassung der Narkolepsie. Dtsch. Zeitschr. f. Nervenh. Bd. 102, S. 252, 1928.
46. *R. Henneberg*, Über genuine Narkolepsie. Neur. Zentralbl. 1916, Nr. 7.
47. *Foot*, Brit. med. Journal 1886, S. 1166.

Der Schizophrenie-Begriff in der französischen Psychiatrie der Gegenwart.

Von
Arthur Kronfeld, Berlin.

(Eingegangen am 1. Dezember 1928.)

I.

Obwohl in Deutschland die Gedankengänge der gegenwärtigen französischen Psychiatrie keine besondere Beachtung genießen, sind sie doch in mancher Hinsicht des Interesses wert, gerade im Vergleich mit denjenigen der deutschen Forschung.

In einer Festschrift zum 50jährigen Bestehen der Wittenauer Heilstätten ist der Gegenstand dieser Mitteilung vielleicht besonders am Platze. Wer wie ich das Glück hatte, in der Zeit vor dem Kriege an der Anstalt, die damals noch den weitberühmten Namen Dalldorf trug, tätig zu sein, der kann dafür Zeugnis ablegen, mit welchem Ernste dort an dem nosologisch-klinischen Gebäude der großen Psychosen gearbeitet wurde. Insbesondere wurde im Schizophreniegebiet nach Wegen gesucht, um das klinische Erbe *Wernickes* mit den Forschungen *Kraepelins* und den damals gerade ans Licht getretenen Ideen *Bleulers* in Einklang zu bringen. Der Führer bei diesen Versuchen war ein Oberarzt der Anstalt: *Hugo Liepmann*. Wenn ich den Namen des unvergeßlichen Mannes in diesem Zusammenhang nenne, so darf ich zugleich sagen, daß das Ziel, welches ich eben nannte und welches unserer damaligen Arbeit in Dalldorf vorschwebte, nach meiner Überzeugung auch tatsächlich erreicht wurde, wenngleich kein Niederschlag im wissenschaftlichen Schrifttum dafür vorhanden ist. Schon damals war *Liepmanns* Blick über den Umkreis der deutschen Forscherarbeit hinausgerichtet. Es gehört zwar zur guten

Dalldorfer Überlieferung, sich in Sprache und Schrift nur deutscher Worte zu bedienen, aber das Interesse für nichtdeutsche Forschungen litt darunter nicht. So gaben uns die damals noch maßgebenden französischen Veröffentlichungen eines *Séglas*[1]), *Sérieux*[2]) *Masselon*[3]) zur Psychologie der Dementia praecox mannigfache Anregungen. Wir suchten die wissenschaftliche Gesinnung zu verstehen, aus der die Fragestellungen dieser Forscher flossen, die uns vielfach fremdartig anmuteten, und wir suchten daraus für unsere eigenen Bestrebungen zu lernen. Aus dem Geiste jener Tage will ich versuchen, nach fast einem halben Menschenalter etwas Gleichartiges für unsere Gegenwart wenigstens anzudeuten.

Im ersten Jahrzehnt dieses Jahrhunderts waren die Abgrenzungen *Kraepelin*s hinsichtlich der Dementia praecox nur zögernd von der französischen Forschung aufgenommen worden. Der Gedanke der Verlaufsformen lag den französischen Forschern als Prüfstein klinischer Abgrenzung weniger nahe, als gewisse psychopathologische Gesichtspunkte. Ihnen erschien es am wichtigsten, das führende Symptom einer Krankheit aus der Fülle ihrer Erscheinungen herauszuarbeiten, um je nach dem Vorhandensein oder Fehlen dieses führenden Symptoms diagnostizieren zu können. Hierbei zeigte es sich, daß sich solche Untersuchungen ziemlich unergiebig gestalten mußten. Man stritt sich darüber, ob die affektiven oder die intellektuellen Störungen in den Syndromen der Dementia praecox die Führung hätten. Und bei der anscheinenden Unlösbarkeit dieser Frage versuchte man, den Begriff der Demenz entsprechend zu erweitern. Was jedoch hierbei für die spezifische »Demenz« der Schizophrenen herauskam, war nicht frei von Widersprüchen: man nahm eine besondere Störung der »Konzentration«, der »inneren Kontrolle«, der »Direktion« an — ganz ähnlich wie man bei uns eine Zeit lang von »Kritiklosigkeit« als dem Kennzeichen der schizophrenen Intelligenzstörungen sprach. Jedenfalls ließ sich die angenommene besondere Störung der Verstandestätigkeit nicht ohne Rücksicht auf die affektiven Momente zergliedern. Diese unbefriedigenden Versuche ermutigten nicht dazu, die *Kraepelin*sche Einteilung hinzunehmen. Ohnehin waren die geschichtlichen Bedingungen klinischer Gruppierung in Frankreich nicht günstig dafür. Die chronischen Wahnpsychosen waren seit *Magnan* einer besonderen klinischen Gruppe zugewiesen. Die Abgrenzung, welche *Morel* als erster gegeben hatte, stützte sich vorwiegend auf symptomarme Affektverödungen; und sie blieb in der französischen Klinik fortbestehen. Die besondere Gestaltung und Ausdehnung des Krankheitsbildes der Hysterie bei *Charcot* und seiner Schule, und weiterhin *Janet*s Aufstellung und Abgrenzung der Psychasthenie, entzogen der *Kraepelin*schen Betrachtungsweise ein großes klinisches Material.

[1]) *Séglas*, Démence précoce et catatonie. Nouv. icon. Salp. 1902.

[2]) *Sérieux*, La démence précoce. Rev. de psych. 1902.

[3]) *Masselon*, Psychologie des déments précoces. Paris 1902.

Was mithin außerhalb dieser Sondergebiete an Fällen für die Gruppe Dementia praecox übrig blieb, war nur ein kleiner uneinheitlicher Kreis. Für diesen aber war in der Tat der klinische Rahmen *Kraepelins* viel zu groß.

Diese Sachlage erfuhr eine Änderung, als *Bleulers* Werk in Frankreich bekannt wurde. Es ist besonders das Verdienst von *E. Minkowski*, als Mittler seiner Gedankengänge in Frankreich aufgetreten zu sein. Was den Anschauungen *Bleulers* zu diesem Nachhall in der französischen Forschung verhalf, war offenbar die Ähnlichkeit seiner Betrachtungsweise mit der in der französischen Psychiatrie üblichen. *Bleuler* ist symptomatologischer Psychopathologe; vom führenden Syndrom her sucht er das gesamte Zustandsbild in seinen Zusammenhängen und Gestaltungen zu erfassen, vom führenden Syndrom her diagnostiziert er klinisch. Er verfährt darin methodisch anders als *Kraepelin*, der auf die Psychologie der Symptomzusammenhänge absichtlich niemals Wert gelegt hatte.

Man kann seitdem in der französischen Weiterarbeit an dem von *Bleuler* übernommenen Schizophreniebegriff zwei verschiedene, freilich vielfach verbundene Gesichtspunkte unterscheiden. Wir wollen sie der Kürze halber als den vorwiegend klinischen und als den vorwiegend psychopathologischen bezeichnen.

II.

Rein klinisch setzte sich vor allem *Claude* und seine Schule für die Annahme und den Ausbau der Krankheitsgruppe Schizophrenie ein. Wir übergehen an dieser Stelle die mannigfachen sonstigen Einzelarbeiten in Frankreich, die sich an klinischen Einteilungen der Schizophreniegruppe versucht haben, ohne aber eine besondere Selbständigkeit gegenüber den Gesichtspunkten *Kraepelins* zu entfalten. Wir beschränken uns auf die systematischen Arbeiten der Schule von St. Anne. Es seien neben *Claude* noch die Namen *Borel, Robin, Brousseau, Tison, Baruk, Morel, Targowla* genannt. Es kam freilich kein bemerkenswertes Ergebnis heraus, das den in der Deutschen Forschung geläufigen Feststellungen und Annahmen etwas wesentlich Neues hinzufügte. Alle die Neuerungen, welche in Frankreich der Schule von St. Anne als deren eigene Entdeckungen zugeschrieben werden, sind im Grunde »Deutsches Erzeugnis«. Und es berührt eigenartig, daß dieses Ursprungs nicht gedacht wird. Es ist ein Irrtum, der bei uns vielfach verbreitet ist, daß diese Schule besondere Verdienste um neue Entdeckungen in der Schizophrenieforschung besitze. Ihr Verfahren beruht größtenteils darauf, das »made in Germany« ihrer Gedanken und Ergebnisse sorgfältig zu verschweigen.

Bleuler und *Kretschmer* sind die Paten, die an der Wiege derjenigen Leistung dieser Schule stehen, die sie als größte eigene Tat

in Anspruch nimmt: der Einteilung der Schizophreniegruppe in Schizoidie, Schizomanie und Schizophrenie. Unter dem erstgenannten Begriff versteht die Schule nichts anderes als *Bleuler*: jene Gruppe von Reaktionseigenarten, welche das Temperament, die Affektivität und weiterhin die Gesamtpersönlichkeit des Schizoids kennzeichnen. *Kretschmers* Schizothyme und Schizoide werden in dem französischen Begriff zusammengefaßt. Aber weder haben die Franzosen dessen psychologische Kennzeichnung weitergetrieben, als sie bei uns durch *Bleuler*, *Kretschmer* und *Hoffmann* gelangt ist, noch werden die Wurzeln in der Blutverwandtschaft und Konstitution mit der gleichen Eindringlichkeit verfolgt, wie in Deutschland durch *Hoffmann* und *Kahn*. Die Schizoidie gilt vielfach überhaupt nicht als eine konstitutionsbiologische Einheit, sondern bloß als eine beschreibend psychologische Zusammenfassung, als eine Haltung, die erworben oder angenommen sein kann, ja die sogar psychotherapeutisch aufgegeben oder überwunden werden kann [1]). Es ist dies jedoch nicht die Meinung von *Claude* selber.

In den Begriffen der Schizomanie und der Schizophrenie werden hingegen von *Claude* stärker als bei uns diejenigen schizophrenen Psychosen voneinander unterschieden, bei denen rein organische und bei denen psychisch-reaktive Umstände ursächlich oder symptomgestaltend mitwirken. Die Schizophrenien im Sinne dieser Schule sind die ausgesprochen organischen Psychosen, die nach ihrem eigenen pathophysiologischen Gesetz verlaufen. Die Schizomanien hingegen sind Phasen oder Schübe psychisch-reaktiver oder entwicklungsmäßiger Art. Sie sind, ganz im Sinne *Kretschmers*, gleichsam psychotische Gipfelpunkte der Schizoidie. Die eigentliche geistige und seelische Persönlichkeit bleibt bei ihnen — hinter der Schranke des Symptomenbildes — voll erhalten [2]).

---

[1]) *Nathan* et *Desbrousse*, Les désenchantés de la schizoïdie. Ann. méd.-psychol. 86, Bd. 2, Nr. 1, 1928.

[2]) *Claude*, Zusammenfassung: C. R. Congrès des Aliénistes et Neurol. Genf 1926. Er nennt seine Gruppen: »Schizoïdes«, »Schizomaniaques« und »Démence précoce vraie«. Frühere Arbeiten: *Claude* et *Brousseau*, Considérations sur la nature des démences précoces. Bull. méd. 38, Nr. 12, 1924. Hier findet sich übrigens der bemerkenswerte Satz, daß die Schizomanien bisweilen in eigentliche Schizophrenien übergehen können, und zwar in solche von *Bleulers* Typ der Schizophrenia simplex. Es wird von den Verff. nicht beachtet, welch einen grundsätzlichen Einwand diese Beobachtung gegen ihre Einteilung als solche darstellt. *Claude*, *Borel* et *Robin*, Démence précoce, schizomanie et schizophrénie. Encéphale 19, Nr. 3, 1924. Ebenso *Borel*, La schizophrénie. Progr. méd. 53, Nr. 4, 1925. Er nimmt die Hebephrenie überhaupt heraus und setzt sie mit *Morels* »Démence précoce« von 1857 gleich. Daneben gibt es einmal die »Schizophrénie vraie« — organisch dementiv, autointoxikativ, postinfektiös, vielleicht auch heredodegenerativ (im Sinne *Kleists*); ferner die »Schizopathies«. Diese konstitutionell und psychologisch

Nun hat bereits *Bleuler* diese beiden Umstandsreihen in ihrer Gestaltungswirkung der schizophrenen Psychosen genau herausgearbeitet. Er hat aber zugleich dargetan, daß beide Reihen in fast jedem Einzelfalle zusammenwirken. Weder beweist der fortschreitende organische Verlauf etwas gegen die psychisch-reaktive Symptombildung, noch beweist die Rückbildungsfähigkeit etwas sicheres zugunsten der letzteren. Diesen Annahmen *Bleulers* setzt *Claude* seine scharfe Trennung entgegen. Da er aber selbst erkennt, daß es bis zur Unmöglichkeit schwierig ist, bei einem schizophrenen Zustandsbilde mit Sicherheit die organischen und die psychischen Bedingungen voneinander abzutrennen, worauf übrigens auch in Frankreich mehrfach hingewiesen wurde (*Damaye*), so hat *Claude* ein Experiment angegeben [1]), welches diese Unterscheidung angeblich ermöglicht: die Ätherisierung. Beobachtet er im Ätherrausch beim Kranken ein Zurücktreten oder eine Wandlung der psychomotorischen und psychischen Symptome, so ist der Fall für ihn eine Schizomanie; andernfalls ist er eine Schizophrenie. Bei den Schizo-

---

aufzufassenden Formen zerfallen in Schizoïdie und Schizomanie. Eigentlich haben also die organischen Formen (Hebephrenie und Schizophrénie vraie) — und die Schizopathien gar nichts miteinander zu tun. Ihre Symptomähnlichkeit ist der reine Zufall. — Von deutschen Forschern hat *Wollenberg* den Begriff der »Schizopathie« im Sinne der Schizomanie der französischen Autoren neuerdings übernommen (Archiv f. Psych. 77, 1926).

[1]) *Claude, Borel* et *Robin*, Un nouveau procédé d'investigation psychologique: l'éthérisation. Encéphale 19, Nr. 7, 1924. Übrigens haben Nachprüfungen rumänischer Forscher die Behauptungen der Schule über die Ätherisation von Schizophrenen in keinem Punkte bestätigt (*Padeano, Constantinesco* und *Gorcéa*, 1925, zit. nach Ztbl. f. d. ges. Neurol. 45, S. 494 ff., 1925).

Dennoch sind die Arbeiten *Claudes* über diesen Punkt interessant, weil sie näheren Aufschluß über seinen Begriff der Schizomanie geben. So hat er mit *Robin* (L'indifférence et le négativisme schizomaniaques. Ann. méd.-psychol. 83, Nr. 5, 1925) ein schizophrenes junges Mädchen mit affektiver Leblosigkeit und Negativismus beschrieben. Bei der Ätherisation gelang es, die seelische Absperrung zu durchbrechen, und es traten psychisch-reaktive Momente stark hervor (erotische Enttäuschung und Abwehr der Realität). Es sind aber auch in diesem Falle nicht solche verständlichen Sinnzusammenhänge des Seelenlebens, auf welche *Claude* seine Auffassung der Schizomanie gründet — also nicht ein psychologischer Gesichtspunkt: sondern es ist die rein äußere Tatsache, daß das Syndrom im Ätherrausch eine Wandlung erfährt. Diese Wandlung genügt, um den Fall als Schizomanie von der echten Schizophrenie abzutrennen. In einer zweiten Arbeit (*Claude* et *Robin*, Sur une nouvelle forme de puérilisme mental. Le puérilisme schizomaniaque. Encéphale 20, Nr. 6, 1925) beschreibt er ein *Ganser*-artiges Zustandsbild im Rahmen eines schizophrenen Falles. Es gelingt ihm ebenfalls in leichter Äthernarkose, seelische Entstehungsanlässe aufzudecken und das Symptom zeitweise aufzuheben. Auch diesen Fall betrachtet er als Schizomanie und nicht als Schizophrenie, und zwar nur wegen des Verhaltens im Ätherrausch.

manen gelingt es, in dem veränderten Bewußtseinszustand der Ätherisation in das psychotische Erleben und seine Zusammenhänge einzudringen und auch mit sonst gesperrten oder negativistischen Kranken Fühlung zu gewinnen. Die Ätherisierung muß über den gewöhnlichen kurzen Rausch hinausgehen bis zur vollen Narkose: vor dem Eintritt und nach der Beendigung derselben sind die günstigsten Augenblicke für den Versuch. Das Verfahren besteht in einer typischen Inhalationsnarkose von 15 bis 20 Gramm.

Ohne auf die Einzelheiten einzugehen, werden wir die Behauptung, daß man auf diese Weise organische und psychisch-reaktive Zustandsbilder der Schizophrenen immer trennen könne, mit Zurückhaltung aufnehmen. Wenn wir uns aber fragen, aus welchem Grunde *Claude* einen solchen Wert auf die scharfe Trennung seiner Schizomanien und der eigentlichen Schizophrenien legt, so finden wir ihn in der anatomisch-klinischen Überlieferung des französischen pathologischen Denkens. Eine organische Psychose ist für ihn eine anatomisch-zerstörende Erkrankung des Gehirns, lokalisierbar und abgrenzbar. Die organische Schizophrenie unterscheidet sich in diesen Vorstellungen in keiner Weise von der Paralyse. Jene feineren Zwischenschattierungen, welche die Deutsche Forschung gerade bei den endogenen Konstitutionspsychosen gegenüber dem strengen pathologisch-anatomischen Gedanken gelten läßt, sind mit den pathologischen Vorstellungen der Franzosen unvereinbar. *Claude* spricht aus: die organische Schizophrenie ist eine chronische Enzephalitis mit atrophischen und meningitischen Erscheinungen. Da der direkte anatomische Beweis nicht gelingt, so muß er aus der Besonderheit der psychomotorischen Störungen geführt werden. Die Schizomanie hingegen ist keine organische Erkrankung, sondern ein funktioneller Vorgang. Die Symptome beider Erkrankungen können zwar gleichartig aussehen, aber niemals gleichartig sein. So ist die Ätherisation gleichsam ein physiologisches Reagens für eine Trennung beider.

Es darf hier, ohne Einzelheiten, noch angedeutet werden, daß *Claude* trotz seiner materiell-mechanischen Auffassung der schizophrenen Hirnstörungen dennoch weit davon entfernt ist, die psychomotorischen Symptome derselben ohne weiteres denjenigen der striären Erkrankungen, insbesondere der lethargischen Enzephalitis, gleichzusetzen. Er hat vielmehr in mehreren patho-physiologischen Analysen eine Trennung beider versucht[1]); und es ist nicht ohne Interesse, daß er die zerebrale Grundlage der organischen Schizophrenie in ganz ähnlicher Weise lokalisiert, wie dies bei uns schon vor langen Jahren *Kleist* getan hat, ehe man etwas von den striären

---

[1]) *Claude, Baruk* et *Thévenard,* Le syndrôme moteur de la démence précoce catatonique. Encéphale 22, Nr. 10, 1927.

Funktionsstörungen wußte. *Claude* führt die psychomotorischen Symptome auf Hemmung oder Isolierung der willkürlichen Lenkung gegenüber den psychomotorischen Automatismen zurück. Diese Lenkung ist eine Funktion der Rinde. Ihr Fehlen täuscht eine bloß äußerliche Ähnlichkeit mit striopallidären Störungen vor.

Bei dieser strengen organischen Auffassung ist es nicht verwunderlich, wenn wir hinsichtlich der Pathogenese der Schizophrenie in Frankreich manchen Ansichten begegnen, die von unserer endogenen Auffassung stark abweichen. Wenn es sich um eine chronische Enzephalitis handelt, so kann dieselbe, etwa nach Meinung von *Damaye* — auch tuberkulösen oder alkoholischen Ursprungs sein. Es hängt nur von ihrer Stärke ab, ob eine vollständige organische Psychose sich bildet, oder nur vereinzelte Symptome innerhalb eines ganz andersartigen Zustandsbildes, etwa eines internistischen (Phthise) oder eines psychotischen (Delirium tremens). Mit der Behandlung der Tuberkulose sieht er die schizophrenen Psychosen in Heilung übergehen. Hiernach wird also die Schizophrenie bloß durch ihre Lokalisation im Gehirn zu einer Sonderform von andersartigen exogenen Erkrankungen. Übrigens ist dieser Forscher unermüdlich darin zu betonen, daß es nicht möglich ist, symptomatologisch-klinisch und damit diagnostisch jene »enzephalitische« Psychose Schizophrenie von der Schizophrenie ohne anatomischen Befund zu unterscheiden[1]).

III.

Eine schwierige Aufgabe bildete es für die Schule von St. Anne, sich mit den psychopathologischen Auffassungen in Frankreich auseinanderzusetzen, welche, von ihrer jeweiligen Gesamtanschauung aus, nach dem führenden Symptom der Schizophrenie fragten. Diese Fragestellung ist ja bezeichnend für die französische Psychiatrie. Die alte Frage im Schizophreniegebiet, ob intellektuelle Störung oder affektive Störung — soll doch gerade durch *Claude* überwunden werden. Indem *Claude* und seine Schüler hier den Gedanken der innerseelischen Spaltung von *Stransky* und *Bleuler* — natürlich unter Verschweigung des Ursprungs — einfach übernehmen, verstehen sie es zugleich, den sonstigen psychopathologischen Auffassungen in Frankreich äußerlich entgegenzukommen. In den affektiven Störungen, in dem fehlenden Zusammenhang mit der Außenwelt, in dem Autismus, in der »traumhaften Isolierung« — also in jenen Symptomen, die *Minkowski* den Franzosen nahegebracht hatte — sieht die Schule, ohne etwa ihr Vorkommen zu bestreiten, nur sekundäre Symptome. Diese sind Folgen aus einer tiefen zu-

[1]) *Damaye*, Schizophrénie et démence précoce. Ann. méd.-psychol. 84, Nr. 1, 1926.

grundeliegenden Störung: einer Störung der Synthese, einer Beeinträchtigung der Selbstführung. Es ist recht geschickt, wie die Schule hier den Begriff der gestörten Selbstführung von *Toulouse* und *Mignard* [1]) scheinbar übernimmt. In Wirklichkeit ist dieser Begriff viel weiter gefaßt als bloß für die Schizophrenie, er ist das Kennzeichen der Geisteskrankheit im allgemeinen. Und übrigens ist er, hervorgegangen aus *Bergsons* Lehre von der Einheit der Seele, wesensmäßig gar nicht vereinbar mit dem Begriff einer seelischen Spaltung oder unvollziehbaren Synthese. Darauf hat *Mignard*, wie wir noch sehen werden, hingewiesen. Aber die Schule *Claudes* erreicht durch dies Entgegenkommen eine Verständigung mit den französischen Psychopathologen. Naturgemäß erhebt sich die Frage: was ist diese Störung der Synthese, worin beruht sie psychologisch? *Claude* hat mit verschiedenen Schülern [2]) diese Frage an Hand von Fällen zu beantworten gesucht. Die Forscher finden eine Dissoziation zwischen der willkürlich gerichteten und der automatisch-unwillkürlichen Aktivität. Auf Grund dieser Dissoziation kommt es dann zu autistischen Reaktionen. Die »Direktion«, die Richtkraft, ist teils gehemmt teils abgeschnitten von den enthemmten und wuchernden Automatismen, den psychomotorischen wie den psychischen. Unter Automatismen versteht *Claude* jede Art von unwillkürlicher Aktivität. Wie ähnlich ist diese Fassung nicht nur derjenigen *Bleulers*, sondern noch derjenigen *Wernickes*. Neu sind nur die Worte, nicht der Sinn. *Claude* erreicht so die Festlegung, daß nicht mehr die affektiven Symptome die führenden sind; sie sind lediglich Folgeerscheinungen. Ebensowenig sind die intelektuellen Symptome führend; es handelt sich bei der Spaltung, wie *Baruk* und *Morel* es ausdrücken, nicht um »Störungen der Assoziationen«, sondern um eine »Störung der Kontrolle der assoziativen Abläufe«, nämlich ihrer willkürlichen Richtbarkeit. Von hier aus suchen nun die Forscher die schizophrenen Mechanismen zu betrachten. Auch bei dieser Betrachtung ist nichts neu als die gebrauchten Worte. Altbekannt kommt es uns vor, wenn etwa *Claude* das Auftreten von »relativ autonomen, inselartigen Vorstellungen« oder den »Zustand der Interiorisation mit heimlicher Verarbeitung mehr oder minder bewußter krankhafter Träumereien« neu entdeckt und beschreibt.

Der Begriff des Automatismus war in den Arbeiten von *Séglas*, *Ceillier*, *de Clérambault* und *Nayrac* in die Psychopathologie über-

---

[1]) *Toulouse* et *Mignard*, L'autoconduction et les maladies mentales. Rev. de Psych. 1908—1912. Ferner Ann. méd.-psychol. 1914.

[2]) *Claude*, *Minkowski* et *Tison*, Contribution à l'étude des mécanismes schizophréniques. Encéphale 20, Nr. 1, 1925. — *Baruk* et *Morel*, Contribution à l'étude de la psychologie et de la physiologie pathologique de l'hébéphréno-catatonie. Les phénomènes de libération et d'automatisme psychique et psycho-moteur dans cette affection. Ann. méd.-psychol. 86, Bd. 2, Nr. 1. 1928.

nommen worden, nachdem er in der französischen Psychologie als langbewährter Gedanke bestand (*Ribot*). Aus ihm hat *Ceillier* die Beeinflussungsideen und den Beeinträchtigungswahn herzuleiten versucht [1]). Es ist kein Zweifel, daß die Franzosen diesen Gedankengang einfach dem Sejunktionsgedanken *Wernicke*s entlehnt haben. Hat letzterer doch in Frankreich eine starke Wirkung gehabt — natürlich ohne je gebührend zitiert zu werden. *Ceillier* bezeichnet recht unbedenklich die gesamte Psychomotorik als Automatismen. Für den Beeinflussungswahn setzt er als psychologische Erklärung die Vorstellung vom ichfremden Ursprung der Automatismen. Diese Automatismen werden ohne genaue Differenzierung außerordentlich weit gefaßt: alles unwillkürliche Geschehen ist Automatismus — Gewohnheiten, Gang, Schrift, Impulshandlungen, Tendenzen, Neigungen, Gedächtnis, Assoziation, innere Sprache — kurz alles, bei dessen Ablauf die Ichzugehörigkeit anscheinend nicht voll erlebt wird. Natürlich sind alle Symptome in diesem Sinne »automatisch«, sobald sie als ichfremd erlebt werden. Das gilt in gleicher Weise von den echten Sinnestäuschungen wie von den Pseudohalluzinationen, von den Zwangszuständen, den Fremdgefühlen, von den Störungen der Gemeingefühle und den Kurzschlußhandlungen. Was als automatisch erkannt ist, scheint keiner weiteren psychopathologischen Erklärung zu bedürfen. Alle Wahnbildung beginnt in diesem Sinne mit *Séglas* berühmtem »Sentiment d'automatisme«. De *Clérambault* und seine Anhänger wie *Heuyer* und *Lévy-Valensi* [2]) gehen auf dieser Bahn noch weiter. *Clérambault* dehnt den Bereich der Automatismen weit über die motorische Aktivität hinaus; auch die psychischen und geistigen Abläufe sind als solche »automatisch«. In diesem Sinne ist der »Automatisme mental« das Grundgeschehen der gesamten Gehirntätigkeit. Es bedarf auch nicht mehr des Kennzeichens, daß die Abläufe vom Subjekt als unwillkürlich oder ichfremd erlebt werden. Ihr bloßer Ablaufcharakter ist hinreichend, um sie als automatisch

---

[1]) *Ceillier*, Les influencés. Syndrômes et psychoses d'influence. Encéphale 19, Nr. 3, 1924.

[2]) De *Clérambault*, *Nayrac* usw. Zusammenfassung: C. R. Congrès des Aliénistes et Neurol., Blois 1927. Wichtigste Arbeit: Syndrôme mécanique et conception mécaniciste des psychoses hallucinatoires. Ann. méd.-psychol. 85, Bd. 2, Nr. 5, 1927. Hierin schildert er das — für unsere hiesigen Zwecke nicht wichtige — »Symptôme S«, das »Kernsymptom« der chronisch-halluzinatorischen Psychosen, welches in Frankreich das *Clérambault*sche Symptom heißt. *Heuyer*, Le devinement de la pensée et contribution à l'étude de l'origine organique de l'automatisme mental. Ann. méd.-psychol. 84, Bd. 2, Nr. 4, 1926. Ferner: A propos de la critique de *M. Ceillier* sur ce que l'on appelle »l'automatisme mental«. Encéphale 22, Nr. 6, 1927. *Lévy-Valensi*, L'automatisme mental et les délires hallucinatoires chroniques. Paris méd. 15, Nr. 37, 1925.

festzustellen. Ferner wurzeln bei *Clérambault* die Automatismen unmittelbar im Organischen. Stehen die Gehirnzentren, etwa die sensomotorischen oder die gedanklich-sprachlichen, unter dem Einfluß einer pathologischen Erregung, z. B. bei endogener oder exogener Giftwirkung, — so befreien sich die Automatismen und treten in Erscheinung. Oft werden sie dem Subjekt überhaupt nicht als solche bewußt, so bei den Sinnestäuschungen, Denkstörungen und Dämmerzuständen. Wenn sie hingegen bewußt werden, so entsteht die »Enteignung des Geistes« (*Lévy-Valensi*). Es bildet sich der »Einbruch« (»Intrusion«) der Automatismen ins Gemeingefühl, in die Sinnestätigkeit und ins Denken. Auf dem Boden der gestörten Kinästhesie und Empfindungshalluzinationen, die so entstehen, setzt die Wahnbildung ein. »Athematische Elemente« mechanischer Herkunft (*Clerambault*) treten auf und durchsetzen Empfindung und Denken. Jede psychologische Zergliederung dieses Kernmechanismus der Symptombildung wird ausdrücklich als unmöglich und sinnwidrig bezeichnet. Sie »widerspricht der anatomisch-klinischen Überlieferung der klassischen französischen Psychiatrie« (*Heuyer*).

Freilich haben in Frankreich selber sowohl *Ceillier* [1]) wie *Guiraud* [2]) und andere Anhänger der Lehre vom Automatismus dieser unpsychologischen »Mechanisierung und Atomisierung des Seelischen« widersprochen. Besonders ersterer hat darauf hingewiesen, daß schon das »Sentiment d'automatisme« auf keine Weise mehr vom Automatismus her erklärbar sei, sondern nur psychologisch, aus »Störungen der Aktivität und Affektivität«; und dieser psychologischen Grundlage entnimmt er auch alle weitere psychotische Verarbeitung. Das Syndrom stelle psychologische Fragen an den Forscher und keine neurologischen. Und auch der Ursprung der Enthemmung des Automatismus brauche durchaus nicht in körperlichen Störungen zu liegen und eine »bloß mechanische Produktion des Gehirnes« zu sein. Es gibt vielmehr auch hierfür »ideogene Bedingungen«: Schwäche des Willens, Suggestibilität, Anlehnungsbedürfnis und insbesondere affektive Auslösungen. Noch schärfer hat *Dide* [3]) diesen letzten Einwand formuliert und bereits im Titel seiner Arbeit zum Ausdruck gebracht.

Claude übernimmt diese Gedanken über den Automatismus in seine Schizophrenielehre. Das geht leicht: was da nämlich »gespalten« ist, ist die Beherrschung der Automatismen durch die Willkür. Die Automatismen haben sich befreit und selbständig gemacht. Sie ragen in das ohnmächtige Willkürgeschehen wuchernd hinein.

---

[1]) *Ceillier*, Recherches sur l'automatisme psychique. Encéphale 22, Nr. 4, 1927.

[2]) *Guiraud*, Les délires chroniques. Encéphale 20, Nr. 9, 1925.

[3]) *Dide*, L'automatisme psychopathique est une résultante et non une cause. Encéphale 23, Nr. 1, 1928.

Anhangsweise sei erwähnt, daß sich *Claude* auch mit den paranoiden Psychosen beschäftigt hat, und, nach einer ablehnenden Kritik an *Kraepelin* und *Bleuler*, deren Lehren mit etwas anderer Namengebung als eigene Einteilung übernimmt. Er trennt die *Magnan*schen Formen, ferner die sekundären reaktiven Wahnbildungen und endlich diejenigen charakterogenen Wahnbildungen, denen etwa *Kraepelins* Paranoia entspricht, als »Psychoses paranoïaques« ab. Freilich ist seine Betrachtungsweise für diese verschiedenartigen Wahnpsychosen recht oberflächlich. Ihnen stehen die »paranoiden Schizophrenien« gegenüber, d. h. die Schizophrenien und Hebephrenien mit vorwiegenden Wahnsymptomen. Es zeigt sich ohne weiteres, daß diese Abgrenzung völlig das gleiche Ziel hat, wie die *Kraepelin*sche Abgrenzung der paranoiden Demenz von den übrigen Wahnpsychosen. Neu ist lediglich, daß *Claude* den wahren Ursprung seiner Einteilung hier nicht mehr verschweigt, sondern bekämpft [1]).

Claude hat auch die psychologische Theorie der Wahnbildung verarbeitet. Er schildert [2]) die Entstehung von Wahnvorstellungen als »ideo-affektive Kompensation«, nämlich als Erklärung, als Trost und Wunscherfüllung, als Verteidigungsmittel, als Wirklichkeitsflucht. Er trennt diese psychisch-reaktive Wahnbildung von den Wahnformen der Defektpsychosen ab. Das Wort Kompensation und seine psychologische Bedeutung, wie überhaupt alles was *Claude* zu diesem Gegenstande sagt, mutet uns in Deutschland als altvertraut an.

IV.

Wir übergehen eine Reihe klinischer Einzelarbeiten, die sich mit mehr oder weniger Glück an Einteilungen der Schizophrenieformen und verwandter Krankheiten versuchen, indem sie sich an *Kraepelin*, an *Claude* oder *Janet* anlehnen und deren Ausführungen entweder in einigen Punkten »verbessern«, oder miteinander in Einklang zu bringen suchen. Wir übergehen ferner symptomatologische Arbeiten, die gemäß der französischen Tradition gewisse Gruppen seelisch abnormer Vorgänge herausgreifen und psychologisch zergliedern, wobei naturgemäß vielfach Symptome bearbeitet werden, die auch bei der Schizophrenie vorkommen. Der Gewinn dieser Arbeiten ist ein geringer: sie sind bisweilen elegant, genügen aber nicht unsern Anforderungen an methodische und begriffliche Ge-

---

[1]) *Claude*, Les psychoses paranoïdes. Encéphale 20, Nr. 3, 1925. Ähnlich *Raviart* et *Nayrac*, Sur la situation nosologique de la démence paranoïde. Ann. méd.-psychol. 8., Nr. 3, 1925, während *Halberstadt* in mehreren Arbeiten *Kraepelin*sche Ansichten vertritt.

[2]) *Claude* et *Montassut*, La compensation idéoaffective. Encéphale 20, Nr. 8, 1925.

nauigkeit. Wichtiger für die deutsche Forschung sind die französischen Arbeiten zur Schizophrenie, die von *Minkowski* und *Mignard* stammen. In ihnen kommt der zweite große Gesichtspunkt der gegenwärtigen französischen Schizophrenieforschung zu seinem Recht: der psychopathologische.

Minkowski ist ein Schüler *Bleulers*. Er hat daher seinen starken Kontakt mit der Deutschen Psychopathologie und Klinik. In seiner Entwicklung innerhalb der französischen Psychiatrie stehen zuerst gemeinsame Untersuchungen mit *Rogues de Fursac*, sodann mit *Claude*. Später ist er eine Zeit lang von *Cèlrambault* stark beeinflußt gewesen. Dann jedoch geriet er, unter dem Einfluß *Bergson*scher Ideen, in das entgegengesetzte Fahrwasser und stand *Mignard* nahe. Trotz dieser Wandlungen ist er jedoch immer bei *Bleulers* Auffassung der Schizophrenie verblieben, hat diese den französischen Forschern und Ärzten übermittelt und neue Gedanken hinzugebracht.

Minkowski betrachtete stets als eigentliche Fragestellung diejenige nach der psychopathologischen Grundstörung (Trouble générateur). Er bildete, nach deutscher Lehre, den Gedanken des führenden Syndroms nach der Richtung des Primärsymptoms weiter, nämlich derjenigen seelischen Anomalie, welche, allen Fällen gemeinsam, die Gesamtheit der übrigen Symptome unterbaut und aus sich hervorgehen läßt. Von *Bleuler* hatte er den Autismus der Schizophrenen als dieses Grundsymptom übernommen; und in einer ersten Arbeit [1]) hält er zunächst an dieser Lehre fest. Aber er erkennt bereits, daß unter dem Autismus vielerlei »Haltungen« zusammenkommen, nicht bloß Tendenzen passiver Absperrung, sondern auch aktive Tendenzen, in denen lediglich die Verbindung mit der Umwelt einseitig gestaltet wird. Er beschreibt zum Beispiel einen schizophrenen Fall, der ausschließlich nach theoretischen Grundsätzen lebt, die in ihrer Trockenheit und Starre jede andersartige Hingabe an die Umwelt verhindern. In einer weiteren Arbeit [2]) hat er den Gedanken, daß es vielerlei passive und aktive Haltungen des Autismus gibt, ausgebaut. Autismus ist keineswegs bloße Affektlahmheit und komplexhafte Träumerei. Dann aber ist es schwer daran festzuhalten, daß »der« Autismus die Grundstörung der Schizophrenie darstelle. *Minkowski* sieht, daß jede einzelne der verschiedenen aktiven und passiven autistischen Haltungen gleichsam die einzige Form ist, mittels derer der Schizophrene allein noch in Beziehung zur Umwelt steht. Sicherlich nicht ohne Einfluß unserer phänomenologischen Forschungsrichtung bemüht er sich, diese

[1]) *Minkowski* zusammen mit *Rogues de Fursac*, Contribution à l'étude de la pensee et de l'attitude autistes. Le rationalisme morbide. Encéphale 18, Nr. 4, 1923.

[2]) *Minkowski*, L'autisme et les attitudes schizophréniques. Journal de psychol. norm. et pathol. 24, Nr. 5, 1927.

Haltungen zu beschreiben. Er beschreibt entweder mehr affektive oder mehr intellektuelle Einstellungen, die allein noch vorhanden sind, und unter deren Blickwinkel der Kranke ausschließlich mit der Außenwelt und Innenwelt »lebt«, sich in Beziehung setzt oder abfindet: die Träumerei, das pathologische Schmollen, die affektdürre Rationalisierung, und endlich [1]) das »pathologische Bedauern und Bereuen«. Jede dieser autistischen Stimmungen und Haltungen herrscht unumschränkt und färbt das gesamte schizophrene Erleben. Alle anderen Einstellungen sind unwegsam geworden.

Wenn sich auf diese Weise die Einheit des Autismus verflüchtigt, so muß die Grundstörung der Schizophrenie tiefer liegen, in demjenigen psychologischen Merkmal, welches allen jenen Haltungen gemeinsam ist. Er versucht dieses psychologisch zu formulieren, und zwar unter *Bergsons* Einfluß, insbesondere dessen Trennung der wirklichen »reellen« Zeit von der erlebten Zeit. Diese gemeinsame Grundstörung ist die »Aufhebung des lebendigen Kontaktes mit der Wirklichkeit« [2]). Die erlebte Zeit bei Schizophrenen stimmt nicht mit dem wirklichen Ablauf von der Vergangenheit zur Gegenwart überein. Das Zeiterlebnis beim Schizophrenen wird unbeweglich und erstarrt. Dadurch geht die Berührung mit der bewegten Wirklichkeit verloren. Dies äußert sich im schizophrenen Gefühlserleben, aber auch im Denken: es verliert sich Maß und Ziel, was nur durch die Berührung der lebendigen Gegenwart gewahrt bleiben kann. Dieser Verlust des Wirklichkeitskontakts durch die Erstarrung des Zeiterlebens, dem die Bewegung des Augenblicks fehlt, ist eine Störung des »vitalen Instinktes«. *Minkowski* hat diesen Gedanken in einem weiteren Werke [3]) wiederholt und vertieft. Er widerlegt darin die Auffassungen, als liege die Grundstörung der Schizophrenie in einer Assoziationsstörung oder im Autismus. Er betont den affektiven Charakter derselben, und zwar das besondere Befallensein des Lebensgefühles selber. Die Schizophrenie ist die Krankheit des Instinktes. Ihre Grundstörung ist der Wirklichkeitsverlust. Ganz im Sinne *Bergsons* stellt er diese »instinktive Demenz« den »intellektuellen Demenzen« der organischen Psychosen gegenüber.

In einer letzten Arbeit setzt sich *Minkowski* mit den Methodenfragen der Psychopathologie sowie mit den klinischen Auffassungen *Clérambaults* und *Mignards* auseinander und arbeitet nochmals

---

[1]) *Minkowski*, Les regrets morbides. Contribution à l'étude des attitudes schizophréniques. Ann. méd.-psychol. 83, Bd. 2, Nr. 4, 1925.

[2]) *Minkowski*, La notion de perte du contact vital avec la réalité et ses applications en psychopathologie. Paris 1926.

[3]) *Minkowski*, La schizophrénie. Psychopathologie des schizoïdes et des schizophrènes. Paris 1927.



seine Stellung zu *Bleulers* Schizophrenielehre heraus [1]). Die bloße Beschreibung und Klassifikation der Symptome nach den herrschenden psychologischen Einteilungsbegriffen (z. B. Wahnidee-Urteilsstörung) erscheint ihm ungenügend. Es hat überhaupt keinen Sinn, die Symptome nach bloßer äußerer Häufigkeit ihres Verbundenseins zu ordnen. Hinter den Syndromen steht ja immer die ganze lebendige Persönlichkeit. Und das Problem ist es gerade, dies Hervorgehen der Syndrome aus der Einheit und Organisation der Persönlichkeit zu erfassen. Dies gelingt nur durch Akte »geistiger Sympathie«, im Sinne *Bergsons*. Die klinischen Syndrome müssen somit den echten psychologischen Syndromen weichen. Von dieser Aufgabe bleiben die nosologischen Einheiten unberührt. Auf diese Weise entsteht für die Psychopathologie der Begriff der Grundstörung: das Syndrom ist nicht bloß eine äußere Verbindung von Symptomen, sondern es ist der Ausdruck einer tieferliegenden und charakteristischen Störung der Gesamtpersönlichkeit.

Diese verschiedenen Grundstörungen gilt es aufzustellen. Beispielsweise hat die Gesamtheit der melancholischen Psychosen eine einheitliche Grundstörung; und dementsprechend ist uns die innere psychologische Zusammengehörigkeit der melancholischen Symptome ohne weiteres deutlich. Nehmen wir hingegen etwa eine schizophrene Größenidee einerseits, eine paralytische Größenidee andererseits, so ist trotz völliger Gleichartigkeit des Inhalts psychologisch ohne weiteres klar, daß die einer jeden von ihnen zugrundeliegenden Grundstörung völlig verschiedene sind und daher diese Größenideen eine jeweils ganz verschiedene psychologische Bedeutung haben. »Die Kranken sind dazu verurteilt, sich in gleichartigen Inhalten auszudrücken, um wesensverschiedene Grundstörungen zu kennzeichnen«. So sind also scheinbar gleichgeordnete Symptome von verschiedener psychologischer Wertigkeit. Als Symptom ist z. B. zwar das Stimmenhören und das Bildersehen zunächst gleichgeordnet. Sieht man aber tiefer zu, so erweist sich ersteres dem dissoziativen Charakter der Schizophrenie, letzteres demjenigen der Traumhaftigkeit oder Bewußtseinstrübung näherstehend. Es bleibt also zu prüfen, ob nicht jedes dieser Symptome auf eine andere Grundstörung hinweist. Zugleich ergibt sich eine tiefere Auffassung der »Stelle«, welche die optischen und die akustischen Erlebnisse in der Gestaltung von »Wirklichkeit« einnehmen.

Zwischen die klinisch-symptomatische Betrachtung und diejenige Auffassung, welche hinter den Syndromen den Persönlichkeitsausdruck aufsucht, schiebt sich nun eine Betrachtung, welche versucht, gegebene Syndrome auf ein einheitliches »Kernsyndrom«

[1]) *Minkowski*, Du symptôme au trouble générateur. Quelques réflexions sur la psychopathologie contemporaine. Schweiz. Arch. f. Neur. u. Psych. 22, Heft 1, 1928.

zurückzuführen; in Frankreich ist dies die Betrachtung von *Clérambault*. *Minkowski* meint, daß auch diese Kernsyndrome, wenn richtig heraurgearbeitet, entweder Grundstörungen sind oder unmittelbar auf solchen beruhen. *Bleuler* habe dies für die Schizophrenie insoweit durchgeführt, als er den Autismus als deren Grundstörung nachgewiesen habe. In der verbesserten Fassung, die *Minkowski* jener Formel gegeben hat, muß hinter der autistischen Haltung die ganze schizophrene Persönlichkeit stehen: Intelligenz, Affektivität und Wille, als Ganzes in gleichartiger Weise in eine bestimmte Form seelischen Lebens hineingepreßt. Diese Lebensformen der Gesamtpersönlichkeit resp. ihrer Modifikationen teilen sich in zwei Gruppen: unmittelbare Auswirkungen der Persönlichkeit und mittelbar kompensatorische Reaktionen. Unter den letzteren gibt es drei Unterformen: die mechanische Kompensation (z. B. reaktive Konfabulation beim Korsakow), die affektiven Kompensationen (*Freud*), die phänomenologische Kompensation (die Art, wie sich z. B. ein autistischer Typ in den Einzelheiten seiner psychischen Manifestationen verhält).

Die Grundstörungen lassen sich nach der Art und Weise trennen, die sie davon kundgeben, wie das Ich sich erlebt, sich betätigt und Stellung nimmt. *Minkowski* gibt zwei Beispiele dafür, wie man das klinische Kernsyndrom auf die psychologischen Grundstörungen zurückführen kann. Einmal hält er sich an das *Clérambault*sche Syndrom, welches den chronischen halluzinatorischen Psychosen gemeinsam ist (Echo, gedankliche Spaltung mit athematischen Elementen, innere Zwiesprache, Fernbeeinflussung, Gedankenentzug). Die hier zugrundeliegende psychologische Gemeinsamkeit liege in einer Beziehung des Ich zum Raume. Sodann führt er dasselbe für die Melancholie durch und findet als Grundstörung eine veränderte Beziehung des Ich zur Zeit. In beiden Fällen ist die Gesamtpersönlichkeit im Sinne der Grundstörung als Ganzes verändert; insofern handelt es sich um eine jeweils besondere »seelische Umstellung« (Subduction mentale morbide) im Sinne von *Mignard*. Die Schizophrenie hat ihre eigene einheitliche Grundstörung: den Verlust der Wirklichkeitsbeziehung, der sich in den verschiedensten Einzelhaltungen äußern kann, hinter denen immer die ganze Persönlichkeit steht.

Wir haben nicht unbeträchtliche Teile des Inhalts der *Minkowski*schen Arbeit übergangen, weil sie zu unserem Gegenstande nicht in unmittelbarer Beziehung stehen. Es ist bedauerlich, daß die Arbeit von der deutschen Forschung seit *Bleuler* keine Kenntnis nimmt, insbesondere nicht von den ähnlich gerichteten deutschen Untersuchungen über die Zurückführbarkeit von Symptomen und die Beziehungen der Psychopathologie zur Nosologie. Immerhin zeigt die geistvolle Arbeit, wie an diesem Punkte der Entwicklung die

Gedankengänge französischer und deutscher Weiterarbeit grundsätzlich gleichartige werden.

V.

Der 1926 in jungen Jahren verstorbene *Mignard* hat der Psychopathologie im allgemeinen, und auch in der Schizophreniefrage, eine Reihe neuer Gesichtspunkte geschenkt. Sie entstammen in erster Linie der philosophischen Bildung dieser *Bergson*-Schülers, die ihn immer wieder zu übergreifenden Leitgedanken für die Gesamtforschung drängt. In ihnen findet die Gedankenwelt *Bergsons* gleichsam ihre psychopathologische Auswirkung.

Mignard [1]) stellte sich immer wieder die Aufgabe, die gesamte Psychopathologie unter gewissen einheitlichen Grundsätzen zusammenzufassen. Es erschien ihm notwendig, alle jene herrschenden Lehrmeinungen aus ihr auszuschalten, gegen welche vom philosophischen Standpunkt des Bergsonismus Bedenken bestehen. Die von ihm verworfenen psychopathologischen Lehrmeinungen sind einmal alle diejenigen, in denen das psychische Geschehen »mechanisiert und atomisiert« wird. Denn diese widersprechen der schöpferischen Aktivität und Spontaneität der »seelischen Monade«. Hierher gehören alle »elementaren« Psychologien, Assoziationstheorien, hierher gehört die »Bilder-« oder Vorstellungs- und Reproduktionsmechanik, die Annahme von psychischen »Ausfällen« usw. Ferner kämpft er gegen alle Begriffe in der Psychopathologie, die gegen die grundsätzliche »Einheit der Seele« verstoßen. Er verneint also alle Lehren von seelischer Dissoziation, vom Automatismus, von Spaltung — und übrigens auch alle Gegensatzbildungen von Bewußtsein und Unbewußtsein. Mit der Verwerfung dieser gesamten Arbeitshypothesen fällt in der Psychopathologie der größte Teil der Lehren von den organischen Defekten, Reproduktionsausfällen und Demenzen. Es fällt ferner die gesamte Schizophrenielehre, soweit sie auf Dissoziation beruht. Es fällt die Dynamik des Unbewußten und der Spaltung in der Hysterieforschung und Neurosenlehre. Es

[1]) Die wichtigsten Arbeiten *Mignards* sind: Les maladies mentales et l'autoconduction (zusammen mit *Toulouse*). Rev. de psych. 1911. Automatisation et spontanéité. Journal de psychol. 1914. Confusion, démence et autoconduction (mit *Toulouse* und *Juquelier*). Ann. méd.-psychol. 1920. L'emprise psychoorganique et les états d'aliénation mentale. Encéphale 1922, Nr. 5. Sur la nature de l'automatisation mentale dans les états d'aliénation. L'Emprise psychoorganique. Journal de psych. 20, Nr. 1, 1923. La subduction mentale morbide. Ann. méd.-psychol. 1924 Nr. 5. La subduction mentale morbide et les théories psycho-physiologiques. Ann. psychol. 25, 1925. Subduction mentale morbide et réactions psychopathiques secondaires. Encéphale 20, 1925. Hinterlassenes Hauptwerk: L'unité psychique et les troubles mentaux. Paris 1928.



fällt der Gegensatz organisch-funktionell. *Mignard* hat das Ziel darzutun, daß die genannten Phänomene sich durch philosophisch besser begründete Gesichtspunkte sowohl völlig ausreichend als auch grundsätzlich einwandfrei erklären lassen, und zwar ohne daß dabei die Methoden introspektiver Psychologie überschritten werden. Diese Grundbegriffe sind: 1. »Unité psychique« im Sinne *Bergsons*, die Seele als schöpferisch aktive monadische Ganzheit. Ihre zergliedernde Zerlegung ist immer ein Kunstprodukt: »in jedem psychischen Akt ist immer zugleich Affekt, Wille, Erkenntnis, Gedächtnis; er verrät einen Augenblick vom Leben des Geistes — ungeteilte Spontaneität, originale Eigenart, durchdringende Intuition, vereinheitlichte Fülle«. Diese Einheit kann nicht aufgelöst, nicht zurückgeführt werden. Sie waltet auch in jedem Symptom, ja sie macht dessen Wesen aus. Man kann daher Symptome nicht isoliert vom Seelenganzen betrachten. Die Leibgebundenheit zieht dieser schrankenlosen freien Spontaneität der Seele freilich ihre Grenzen. Aber innerhalb derselben ermöglicht sich normalerweise grundsätzlich immer die »Autoconduction mentale«, was am besten mit aktiver Selbststeuerung zu übersetzen wäre. Die Einheit der Seele ist immer zugleich die erlebte Einheit und Identität des Bewußtseins. 2. Die »Emprise psychoorganique«, die 3. zur »Subduction mentale« führt. Beide Begriffe sind sinngemäß kaum zu übersetzen. Es handelt sich darum, daß unter der pathologischen Vorherrschaft abnormer Leibeszustände, insbesondere sympathisch-parasympathischer Erregungen und neurologischer Mechanismen, die seelische Selbststeuerung eine Beeinträchtigung oder Veränderung erleidet. Jene abnormen Leibeszustände »bemächtigen sich« der seelischen Einheit, und diese antwortet, und zwar als Einheit, auf die »psychoorganische Bemächtigung« eben durch die »Subduction«, die vielleicht am besten durch »seelische Umstellung« zu übersetzen wäre. Die Anzeichen derselben sind die seelischen Störungserscheinungen. In diesen Antworten oder Reaktionen liegt immer die Aufgabe eines Teiles der schöpferisch-spontanen Aktivität — und wird fast stets auch als solche erlebt — also die Preisgabe der »Autoduction« zugunsten der »Subduction«. Alle abnormen Seelenvorgänge sind grundsätzlich und ausschließlich solche Reaktionsbildungen der »Unité psychique« auf die »Emprise psycho-organique«; alle sind Erscheinungsformen der Beeinträchtigung der »Autoconduction«, Erscheinungsformen der »Subduction mentale« — bei welcher die »Unité consciente« durch den abnormen Leibeszustand in zwangsläufige Schranken der Reaktionsweise »hinabgeführt« wird. Die Symptome sind also nur sekundäre Selbstschutzbildungen der veränderten Persönlichkeitseinheit gegenüber der »Emprise«. Letztere macht keine Symptome, sie befreit keine Automatismen, sondern sie bringt die Persönlichkeit zu einer Gesamtveränderung, die sich

in vielen verschiedenen Reaktionsbildungen ausweist, und letztere sind eben einzelne Symptome.

Diesen Gedankengang wendet *Mignard* auf alle Symptome der Schizophrenie an, indem er dieselben als sekundäre Gebilde einer veränderten Gesamtpersönlichkeit nachzuweisen sucht. Dies geht natürlich nicht ohne Künstlichkeit. Jeder Wahn ist z. B. ein sekundär-reaktives Gebilde, eigentlich ein Erklärungswahn. Bei den Sinnestäuschungen sagt er etwa bezüglich der verbalen Halluzinationen: man muß ihren psychomotorischen Charakter in den Vordergrund stellen. Das innere Wort selber ist bereits eine Objektivation im Bereich der körperlichen Mechanismen — freilich noch ohne daß das Bewußtsein es als solches erlebt. Wenn sich ein Kranker etwa mit seinen »Stimmen« unterhält, so beruht das nicht etwa auf seelischer Spaltung, sondern ist »einfach ein Wechsel des aktiven und passiven Zustandes der gleichen Seele, die bald frei darin ist, ihren normalen Einfluß auf die körperlichen Sprechmechanismen auszuüben, bald dagegen durch die Subduction eben diesen Mechanismen passiv unterworfen ist«. Den gleichen Gedanken führt *Mignard* weiterhin für die visuellen und die viszeralen Empfindungstäuschungen und für die Pseudohalluzinationen durch, wobei er sich über die Vorläufigkeit seiner Annahmen klar ist. Das gleiche gilt von den psychomotorischen Symptomen: entweder sie beruhen auf „psychomotorischen Halluzinationen« (*Séglas*), oder sie sind der körperliche Ausdruck einer neurologischen Störung und haben als solcher mit der seelischen Einheit nichts zu tun. Selbstverständlich erklärt er auch die Schizophrenie als Ganzes als sekundäre Reaktion auf eine Emprise, »die dem Denken nicht mehr erlaubt, sich seinem natürlichen Objekt anzupassen«. Jede Spaltung sei eine überflüssige Annahme. Hinsichtlich der Schizoidie müsse man erst untersuchen, ob sie nicht einfach eine reaktive Entwicklung auf bestimmte seelisch-soziale Bedingungen darstelle.

Er wendet sich ausdrücklich gegen die Lehre von *Claude*, er wendet sich gegen die Spaltung ebenso wie gegen die Assoziationsstörung und Demenz der Schizophrenen; er sieht die affektive Interessenverarmung als Grundstörung an, aus der die Gleichzeitigkeit widerspruchsvoller Seelenvorgänge erst folgt; er gibt der ganzen Gruppe den Namen, den ihr schon *Chaslin* gab: »Psychose discordante«.

Gewiß ist mit diesen Ergebnissen *Mignard*s wenig anzufangen — und das gleiche gilt auch von den Ergebnissen seiner Untersuchung der anderen Psychosen. Aber seine Fragestellung als solche ist ebenso bemerkenswert wie neuartig. Sein Werk leidet offensichtlich darunter, daß seine »Emprise« selber ein Rätsel bleibt. Er differenziert sie nicht, sie kann ebensogut konstitutionell wie exogen sein. Die Lehre *Bonhoeffer*s von den exogenen Reaktions-

typen ist ihm offenbar nicht bekannt geworden. So hat er nicht gesehen, daß in ihr bereits ein großes Stück der von ihm gestellten Aufgabe wesentlich weiter gelöst worden ist, als es ihm selber möglich war.

VI.

So ist das gegenwärtige Bild der französischen Psychiatrie in der Schizophreniefrage wenig geschlossen und wenig ergiebig. *Livet* und besonders *Benon* [1]), dem wir eine Reihe guter Arbeiten verdanken, haben bereits auf diese ergebnislose Buntheit hingewiesen. *Benon* hat sogar von einer »Krise« in der französischen Psychiatrie gesprochen. Er hat sich auch um die Heilung dieser Krise bemüht, er hat die Notwendigkeit scharfer Abgrenzung der Syndrome und eindringender klinischer und psychologischer Analyse hervorgehoben. Dieselben Fragen und dieselben Forderungen bewegen die deutsche und die französische Psychiatrie; und wenn die letztere in der Schizophreniefrage nach dem Gesagten nunmehr soweit gekommen zu sein scheint, daß wir nicht mehr völlig aneinander vorbeireden, so liegt darin eine kleine Hoffnung auf einen wirklichen Fortschritt der Psychiatrie überhaupt.

Beitrag zur Frage der Rentenneurosen.

Von

Dr. Fritz Salinger, Oberarzt an der Heil- und Pflege-Anstalt Herzberge (1915 Anstaltsarzt in den Wittenauer Heilstätten).

Die Stimmen gegen die bekannte Entscheidung des R.V.A. mehren sich. In dieser Entscheidung heißt es: »Hat die Erwerbsunfähigkeit eines Versicherten ihren Grund lediglich in seiner Vorstellung krank zu sein, oder in mehr oder minder bewußten Wünschen, so ist ein vorangegangener Unfall auch dann nicht eine wesentliche Ursache der Erwerbsunfähigkeit, wenn der Verletzte sich aus Anlaß des Unfalls in den Gedanken, krank zu sein, hineingelebt hat, oder wenn die sein Vorstellungsleben beherrschenden Wünsche auf eine Unfallentschädigung abzielen, oder die schädigenden Vorstellungen durch ungünstige Einflüsse des Entschädigungsverfahrens verstärkt worden sind.«

Hoche [2]) nimmt in einem sehr beachtenswerten Aufsatz Stellung

---

[1]) *Livet*, Terminologie psychiâtrique. Journel de méd. de Paris 42, Nr. 18, 1923. *Benon*, La clinique en pathologie mentale. Gaz. des Hôp. 96, Nr. 35, 1923.

[2]) *Hoche*, Deutsche med. Wochschr. Nr. 29, 1928.



gegen diese Entscheidung. Er betont mit Recht, daß es eine diagnostische Unmöglichkeit ist, »mit voller Sicherheit diejenigen Fälle auszusondern, bei denen ausschließlich die Idee krank zu sein, und der Wunsch, eine Rente zu erlangen, bestimmend sind; es ist, um in dieser Richtung endgültige Sonderungen von einer für den Betroffenen folgenschweren Bedeutung vorwegzunehmen, ein hohes Maß von Glauben an die eigene Unfehlbarkeit notwendig. Es ist einfach nicht wahr, daß jeder, der von den um seinen Unfall kreisenden Gedankenkomplexen erfüllt ist, ein Geldjäger ist«. *Hoche* führt weiter aus, daß, wenn man den Grundsatz anerkenne, daß alle diejenigen Patienten nicht krank sind, bei denen nur die Idee krank zu sein, das Krankheitsbild beherrscht, ohne daß organische Störungen irgendwelcher Art vorlägen, man die Lehren der Psychiatrie revidieren müsse, »in denen bisher noch zu Recht besteht, daß es hypochondrische Störungen gibt, die nur darin bestehen, daß ein objektiv unbegründetes Krankheitsbild vorhanden ist«. Mit gleichem Recht dürfte man auch die Hysterie nicht mehr als Krankheit betrachten; denn auch bei dieser Krankheit handelt es sich ja im wesentlichen um die Vorstellung krank zu sein. Endlich führt *Hoche* die Tatsache an, daß die Unfallneurotiker vor dem Unfall gesund waren und es nach dem Unfall nicht mehr sind, und er macht weiter auf die Konsequenzen aufmerksam, die sich für die Haftpsychosen ergeben würden, wenn man sie mit demselben Maßstab messen würde wie die Unfall- oder Rentenneurose.

Horn (Bonn) [1]) wendet sich gegen den »geradezu unbegreiflichen Schematismus der Gutachtertätigkeit auf neurologischem Gebiet«. Wenn unter Berufung auf die bekannten Entscheidungen des RVA. und des RVG. von zahlreichen Gutachtern ohne hinreichende Nachprüfung des Einzelfalles alle und jegliche nervöse Störungen, die nach einem Unfallereignis in Erscheinung treten, als Unfallfolgen ohne weiteres abgelehnt werden, so kann man nur den Mut bewundern, die eigene Kritiklosigkeit so offen preiszugeben. Denn wenn z. B. ohne irgendwelche eigene medizinische Begründung oder Stellungnahme die Ansicht vertreten wird, eine Nervenschwäche oder sonstige nervöse Störung komme als entschädigungspflichtige Unfallfolge »schon einfach aus dem Grunde« nicht in Frage, weil das R.V.A. in seiner bekannten Entscheidung einen ablehnenden Standpunkt einnehme, so ist dies m.E. eine vollkommene und unbegreifliche Verkennung der Sachlage, sowohl nach juristischer als auch nach medizinischer Richtung hin. — Die medizinischen Konsequenzen, die sich in einer kritiklosen Verallgemeinerung an sich durchaus berechtigter Grundsätze in einer geradezu fanatischen

---

[1]) *Horn*, Der Schematismus in der ärztl. Gutachtertätigkeit. Ärztl. Vereinsbl. Jahrg. 57, Nr. 1460, 1928.

Verfolgung aller unglückseligen Leute mit nervösen Erscheinungen geltend machen, sind oft zu weitgehend und nicht haltbar. Man kann nur hoffen, daß eine vernünftige Kritik baldigst in verstärktem Maß einsetzt und dieser Hypertrophie von Schematismus, wie er in der Neur frage zurzeit tatsächlich herrscht, ein Ende bereitet, bzw. die he enden Übertreibungen auf das richtige Maß zurückführt«.

Sehr ausführlich beschäftigt sich mit der Frage der Rentenneurosen *Levy*-Suhl [1]). In seiner Arbeit »Zur Frage des Schicksals der Unfallneurotiker übt er Kritik an der Arbeit von *Panse* (Archiv für Psychiatrie Bd. 77, 1926). Unter den von *Panse* nachuntersuchten zwangsversicherten Unfallneurotikern sei kein einziger Fall, bei dem volle Erwerbsfähigkeit, im Sinne der Fähigkeit, die Berufsarbeit wieder aufzunehmen, durch die Entrentung erzielt war [2]). *Levy*-Suhl legt Wert auf umfangreiche und zeitlich ausgedehnte Beobachtungen der von der Rentenneurose »Geheilten«, er hält mit Recht Feststellungen für notwendig, inwieweit diese der öffentlichen Wohlfahrt zur Last fallen oder etwa kriminell wurden oder durch Selbstmord endeten. — *Levy*-Suhl lehnt die *Stier*sche Theorie von der Entstehung der Unfallneurosen ab (die Gesetzgebung, die Art ihrer Handhabung und Auslegung, die oft nicht fehlerfreie Art der ärztlichen Begutachtung, die sehr erheblichen materiellen und sonstigen Vorteile, die denen erwachsen, bei denen das Vorliegen einer Rentenneurose anerkannt wird). Gegen das letzte Argument läßt sich anführen, daß in vielen Fällen der entschädigte Unfallneurotiker materiell erheblich schlechter gestellt ist, als wenn er arbeiten würde bzw. könnte. Die Rente ist erheblich geringer als der Arbeitslohn. Und nach meinen Erfahrungen zieht nur ein geringer Prozentsatz von Unfallneurotikern ein faules Leben der Arbeit vor. Es ist ja auch in Betracht zu ziehen, daß nach den Statistiken von *Horn* und anderen nur ein sehr kleiner Prozentsatz von Unfallverletzten an der Unfallneurose erkrankt. — *Levy*-Suhl sieht in der Unfallneurose auf Grund einer lebendigeren psychologischen Theorie, sei es *Freud*sche Analyse, *Adler*sche Individualpsychologie oder sonst eine psychoskopisch tiefer dringende Methode, eine dispositionelle, schicksalsmäßig gewordene, genau wie andere Neurosen des Arztes bedürftige abnorme seelische Verfassung. Und er betont mit Recht, daß nur bei dieser Auffassung es möglich sei, den Unfallneurotiker der bisher gänzlich fehlenden psychotherapeutischen Beeinflussung zugänglich zu machen. In Konsequenz der *Stier*schen Auffassung

[1]) *Levy-Suhl*, Der Ausrottungskampf gegen die Rentenneurosen. Dtsch. med. Wochschr. Nr. 41, 1926. Über Unfall- und Kriegsneurosen. Der sozialistische Arzt Nr. 1/2. 1927. »Zur Frage des Schicksals der Unfallneurotiker nach Erledigung ihrer Ansprüche«. Ärztl. Sachverst.-Ztg. 1927, Nr. 12.

[2]) *Panse* hat auf diese Arbeit erwidert: Ärztl. Sachverst.-Ztg. 1927.

müßte man die *Stier*sche Therapie der Unfallneurosen auf alle Neurosen ausdehnen.

Gegen *Stier* nimmt auch Stellung *Eliasberg*[1]). Es sei ein Vorurteil, daß ein abgefundener, oder ein entschädigt oder auch endgültig abgewiesener, kurz, ein lediglich sozial behandelter Neurotiker aufhöre, ein Neurotiker zu sein. Ganz im Gegenteil zeige die Erfahrung, daß weder die Befriedigung der Forderungen noch deren Ablehnung, wenn sie einzige Maßnahme bleibt, die Neurose beseitigt. *Eliasberg* weist noch darauf hin, daß »je mehr das Symptomenbild und die Persönlichkeit typisch hysterische Züge tragen, um so häufiger auch die Simulation einzelner Züge verkennt. Dagegen spielt die Simulation keine Rolle bei den so häufigen paranoiden Entwicklungen. »Bei diesen sind auch Suizid-Drohungen besonders ernst zu nehmen. Übrigens muß davor gewarnt werden, die Suizidideen bei hysterisch gefärbten Zustandsbildern zu vernachlässigen. Man kann sonst böse Überraschungen erleben«.

M. E. ist es wichtig, festzustellen, was aus den Unfallneurotikern wird, deren Ansprüche von den betreffenden Instanzen abgelehnt worden sind. Liegt es wirklich so, daß, wie *Stier* annimmt, die Unfallneurotiker nach einer größeren und kleineren Anstandspause anfangen zu arbeiten, daß sie nach Ablehnung ihrer Ansprüche gesund werden?

Zur Klärung dieser Frage, die für die ganze Beurteilung der Renten- oder Unfallneurose von außerordentlicher Bedeutung ist, wäre eine weit größere Zahl von Katamnesen erforderlich, als sie bisher von *Stier* und *Panse* angestellt worden sind.

Daß aber durch die Ablehnung der Rentenansprüche sicher nicht in jedem Fall Gesundung eintritt, habe ich bereits mehrfach gesehen. Ja es können sogar erhebliche Verschlimmerungen eintreten, selbst psychotische Zustände sind keineswegs Seltenheiten. Das lehrt folgender Fall:

Der ehemalige Postaushelfer Johann R. stellte am 9. 1. 19 Versorgungsansprüche wegen eines im Felde erlittenen Schlüsselbeinbruchs, wegen dessen er vom 6. 11. 16—12. 1. 1917 in Behandlung war. Er klagte damals über Stiche im Rücken, Schmerzen in den Schultern und Schwäche im linken Arm. Die Untersuchung ergab einen gut geheilten Schlüsselbeinbruch und uneingeschränkte Bewegungen im linken Schultergelenk. Da die Erwerbsminderung weniger als 10% betrug, wurde sein Anspruch abgelehnt. Auf seinen Einspruch vom 27. 5. 19 wurde er am 9. 1. 20 untersucht. Jetzt war die l. Schulter und die Hand in Beugestellung steif, so daß die Untersuchung in Narkose beantragt wurde. Die Genehmigung zu dieser Narkose wurde nicht erteilt. Nach den angestellten Ermittlungen war R. nach der Entlassung vom Militär bis zum 9. 4. 1920 arbeitslos, dann war er als Postaushelfer voll-

[1]) *W. Eliasberg*, Zur Begutachtung der Unfallneurotiker. Ärztl. Sachverst.-Ztg. Nr. 15, 1928.

wertig beschäftigt. Eine neue Untersuchung am 29. 6. 20 stellte Bewegungsbeschränkung im linken Schultergelenk und in der Hand ohne anatomische Behinderung fest. Vom 24. 9.—7. 12. 21 wurde er im Lazarett beobachtet. Das Ergebnis dieser Beobachtung war: gut geheilter Schlüsselbeinbruch, hysterische (psychogene) Lähmung des Armnervengeflechtes im Anschluß an den Schlüsselbeinbruch. Es wurde Erwerbsminderung von 20% angenommen, aber Dienstbeschädigung für die Lähmung abgelehnt. Dann beantragte R. Anerkennung von Dienstbeschädigung für Lungenleiden, Rheumatismus und ein Heilverfahren für das Lungenleiden. Auch dieser Antrag, sowie ein Antrag auf Heilstättenkur wurde abgelehnt. In dem Berufungsverfahren gegen die Ablehnung der Rente beantragte der Gutachter Zeugenvernehmung darüber, ob nach dem Schlüsselbeinbruch eine Armlähmung bestanden habe. Als das Gericht demgemäß die Vertagung beschloß, benahm sich R. sehr ungebührlich und weigerte sich, den Gerichtssaal zu verlassen. Die Zeugenvernehmung verlief für R. negativ. Er machte zahllose Beschwerdeschriften.

Bei einer am 4. 3. 22 vorgenommenen Untersuchung gab R. an, daß er aus gesunder Familie stamme, daß er in der Dorfschule gut gelernt, von 1907—1911 in der elterlichen Landwirtschaft und von 1911—1915 als Eisenbahnstreckenarbeiter gearbeitet habe. Bei den Musterungen 1913 und 1914 war er zum Dienst zu schwach, im Krieg war er bei einer Artillerie-Munitionskolonne. 1916 habe er sich das l. Schlüsselbein gebrochen, er sei 3 Monate im Revier behandelt worden und habe dann leichte Beschäftigung bekommen. Die Versorgungsansprüche habe er wegen des Armes, der Lungen und des Herzens gestellt. Nach dem Unfall habe er den Arm gar nicht gebrauchen können, dann habe er ihn bis zur Schulterhöhe heben können. Von 1918 ab sei es schlechter geworden, seit 1921 sei es ganz schlecht mit dem Arm. Nach der Entlassung vom Militär sei er bei den Eltern bis 6. 2. 20 an der Lunge krank gewesen. Dann sei er nach Berlin gegangen und habe am 9. 4. 20 Arbeit als Postaushelfer bekommen. Seit November 1921 sei er infolge Lungenleidens dienstunfähig.

Geschlechtskrank sei er nicht gewesen, er habe wenig getrunken und geraucht. — Er klagte bei der Untersuchung über Gebrauchsunfähigkeit des linken Armes, über Stiche im Rücken, am Herzen und in der rechten Seite sowie über Schmerzen im linken Knie, die von einer Quetschung herrührten; diese habe er zugleich mit dem Schlüsselbeinbruch erlitten.

Die Untersuchung ergab: Die linke Schulter steht höher als die rechte. Der Arm hängt herab, die aktiven Bewegungen im Schulter- und Handgelenk sind aufgehoben. Beim An- und Auskleiden wird der linke Arm unter Ausschaltung der Schulter-Handgelenks- und Fingerbewegungen hauptsächlich durch Anpressen an den Rumpf und ausgiebige Benutzung des Ellbogengelenks ausreichend verwendet. Eine organische Verletzung des Arm-Nervengeflechtes war mit Sicherheit auszuschließen. Die Bewegungsstörungen wurden für hysterisch gehalten (keine Muskelatrophien, keine Störung der elektrischen Erregbarkeit der Muskulatur und Nerven). Der Gutachter hielt es für sicher, daß die hysterische Störung erst im Rentenkampf aufgetreten ist. Diese Störung sei keine Folge der Dienstbeschädigung, sondern eine Folge der Rentenbegehrung.

Auch der Facharzt für Lungenkrankheiten und der Facharzt für Chirugie lehnten Dienstbeschädigung ab.

R. legte Berufung beim Reichsversorgungsgericht ein. Bei der Untersuchung am 26. 11. 23 hatte R. dieselben Klagen wie früher, er gab an, daß er seit über ½ Jahr völlig arbeitslos sei. Der Gutachter kam zu folgendem Ergebnis:

1. Ein Leiden ist bei R. nicht nachweisbar. Er führt bei der Untersuchung mit dem linken Arm die vielen ihm aufgetragenen Bewegungen nur unvollständig aus.
2. Diese bei der Untersuchung sichtbare Bewegungsstörung ist nicht auf dienstliche Verrichtungen während der Einziehung des R. zum Militärdienst oder auf die dem Militärdienst eigentümlichen Verhältnisse, sondern auf andere Umstände zurückzuführen.
3. Die Erwerbsfähigkeit des R. ist vermutlich in der Zeit vom 1. 12. 19—31. 3. 20 und auch jetzt noch nicht beeinträchtigt. R. ist vielmehr bei ernstem Willen zur Arbeit zu jeder Arbeitsleistung fähig.

Die Berufung wurde am 3. 1. 1924 vom Reichsversorgungsgericht zurückgewiesen.

R. schrieb am 7. 4. 25 an den General von Seeckt einen Brief mit folgender Drohung: »Im andern Fall, wenn Eure Exzellenz nicht veranlassen, daß meine Sache an das ordentliche Gericht überwiesen wird, sehe ich mich veranlaßt, als letztes Mittel die Waffe gegen Eure Exzellenz zu richten«. Am 29. 4. 25 schrieb er an das Reichsarbeitsministerium: »Ich stelle hiermit den Antrag, daß die an General von Seeckt gerichtete Beschwerde sofort an das Reichsversorgungsgericht oder an die zuständige Staatsanwaltschaft weiter gegeben wird, damit die Rekurssachen angefordert werden. Im andern Fall wird General von Seeckt die nächsten 8 Tage von mir erschossen«.

Am 10. 9. beantragte er bei der Staatsanwaltschaft, daß seine »Rekurssachen« sofort zur Verhandlung angefordert werden, er bat um einen Rentenvorschuß von 300 Mark. Falls er diesen Vorschuß nicht bekäme, sei er gezwungen, den General von Seeckt oder sonst jemand zu erschießen, damit seine Rentensache zur Verhandlung komme. Er beschuldigte einen Gerichtsarzt, daß er seine Krankenblätter aus den Akten entfernt habe. Die Vertreter der Kriegsbeschädigtenorganisationen und Rechtsanwälte seien politisch beeinflußt und wahrscheinlich auch bestochen. Er stellte Strafantrag gegen die Ärzte, die ihn begutachtet hatten, wegen Aktenvernichtung, Betruges, Beleidigung. Ein Arzt habe während der Verhandlung gesagt, »für die katholischen Landesverräter ist keine Rente da, auch kein Beamtenschein. Ich sollte auf der Straße liegen, bis ich um die Ecke war. Oder ich sollte geisteskrank werden, damit ich in eine Irrenanstalt gesteckt würde«. Auch gegen die Versorgungsgerichte stellte er Strafantrag wegen Betruges, gegen das Reichsarbeitsministerium wegen Begünstigung des Betrugsschwindels und ebenso gegen den General von Seeckt.

Für den ersten Drohbrief wurde R. am 6. 6. 25 zu 6 Mon. Gefängnis verurteilt. In der Berufungsinstanz wurde R. vom Gerichtsarzt auf seinen Geisteszustand untersucht. In seinem Gutachten kam der Sachverständige zu folgendem Ergebnis: Es handelt sich bei R. um einen ganz ausgesprochenen Fall von Geistesstörung, nämlich um Querulantenwahnsinn mit ganz deutlichen paranoischen Zügen und außerdem um einen ganz unverkennbaren Schwachsinn. Nachdem er wegen Arbeitsmangels am 31. 12. 22 aus seiner Stellung als Postaushelfer entlassen und in Not geraten war, hat er sich seines Unfalls erinnert. Und dieser Unfall ist in seinem Bewußtsein jetzt sehr stark verankert. Es hat sich bei ihm die Vorstellung entwickelt, daß er durch den Unfall auf

Lebenszeit ganz schwer krank und erwerbsunfähig geworden ist, daß er gar nichts mehr tun könne. Den ursprünglichen Bescheid, daß er nur 10% erwerbsbeschränkt, aber nur zu 90% arbeitsfähig sei, hat er dahin verstanden, daß er es gerade umgekehrt sei. Um diese Idee haben sich alle andern kristallisiert. Er ist des Glaubens, daß man jetzt die Dinge zu seinen Ungunsten ins Gegenteil verdrehen wolle, daß alle Ärzte unter einer Decke stecken, daß sich zu ihnen auch die Anwälte, die Richter, auch sämtliche Ministerien mit allen ihren Organen und schließlich auch der General von Seeckt herzugesellt haben, der absichtlich dazu beitrage, ihn um sein Recht zu bringen. Ferner ist er fest davon überzeugt, daß ein Gerichtsarzt seine Akten vernichtet habe und daß sich später auch die Gerichte an dieser Tat beteiligt hätten. Dann hält er alle Personen, die mit seiner Sache zu tun haben, für bestochen, er glaubt, daß die Ärzte ein höheres Honorar dafür beziehen, daß sie ihn falsch beurteilen und daß das Geld, das ihm vorenthalten werde, dazu diene, die Ärzte höher zu bezahlen.

R. hat ein sehr stark gehobenes Selbstgefühl, er hält sich für einen guten Kenner des Gesetzes und glaubt, daß er schließlich doch sein Recht werde erzwingen können.

Wegen der Straftat wurde R. von mir im Termin am 30. 4. 26 begutachtet. Es erfolgte Freisprechung aus § 51 StGB. Am 25. 11. 25 war R. der Anstalt Herzberge wegen gemeingefährlicher Geisteskrankheit überwiesen worden. Hier hielt er sich ruhig und geordnet. Über seine Krankheit machte er folgende Angaben: Am 6. 11. 16 habe er dadurch im Felde einen Unfall erlitten, daß er mit der linken Schulter zwischen Hinter- und Vorderprotze eines Munitionswagens geriet, dabei habe er sich einen Schlüsselbeinbruch und eine Schulterquetschung zugezogen. 3 Monate sei er im Revier behandelt worden. Danach habe er bei seiner Truppe nur leichten Dienst getan. Den linken Arm habe er nie wieder ganz bewegen können. Er habe ein Gefühl der Schwäche im linken Arm gehabt und ihn nur bis zur Schulterhöhe heben können. Im August 1917 sei er an Ruhr erkrankt und habe bis Anfang Dezember im Lazarett gelegen; in dieser Zeit habe er Gelbsucht gehabt, sei auch herz- und lungenkrank gewesen. Im April 1918 sei er zur Truppe zurückgekehrt und zwar auf eigenen Wunsch. Im Januar 1919 sei er vom Militär entlassen worden. Vorher habe er wegen seines Armes, seines Herz- und Lungenleidens den ersten Rentenantrag gestellt. Im Mai 1919 habe er den ersten ablehnenden Bescheid erhalten. Dagegen habe er sofort Einspruch erhoben, weil der Arzt bei seiner Entlassung gesagt habe, daß er 90% erwerbsunfähig sei. Bis Februar 1920 sei er bei seinen Eltern gewesen, dann sei er nach Berlin gegangen und habe hier eine Stelle als Postaushelfer bekommen. Im Januar 1921 sei sein Rentenantrag wieder abgelehnt worden, ebenso im April 1922. Damals sei er auf den Gedanken gekommen, daß bei der Ablehnung seines Antrages politische Gründe mitgesprochen hätten. Gegen das Urteil habe er durch den Reichsbund der Kriegsbeschädigten beim Reichsversorgungsgericht Rekurs einlegen lassen. Bis April 1923 habe er gewartet. Inzwischen sei er von der Post abgebaut worden, er habe Erwerbslosenunterstützung bezogen. Wegen seines Leidens habe er nirgends Arbeit bekommen können.

Da im April vom Reichsbund der Kriegsbeschädigten noch immer nichts in seiner Angelegenheit getan war und der Vertreter desselben ihm sogar abgeraten habe, seine Sache weiter zu betreiben, sei er aus demselben ausgetreten, da er vermutet habe, daß der Vertreter vom Staat bestochen worden sei.

Im Januar 1924 sei die Dienstbeschädigung vom Reichsversorgungs-

gericht abgelehnt worden. Er habe das Urteil nicht anerkannt, sondern wiederholt den Antrag gestellt, die Sache an das ordentliche Gericht zur weiteren Aufklärung zu überweisen. Bisher habe sich das Reichsversorgungsgericht aber geweigert, obwohl seine Forderung zulässig sei, wie er von einem Anwalt erfahren habe. Er sei jetzt der Meinung, daß das Versorgungsgericht die Sache verschleppen wolle. Beim ordentlichen Gericht würde er seine Rente zweifellos erhalten.

Er habe bereits einen Anwalt gehabt, der sich bereit erklärt hätte, die Sache durchzuführen. Dann habe ihm der Anwalt mitgeteilt, daß er gegen den Staat nichts unternehmen könne. Das sei ein Beweis für ihn dafür, daß der Anwalt vom Staat bestochen sei. Mit einem zweiten Anwalt sei es ihm ebenso gegangen.

Um zu seinem Recht zu kommen, habe er sich an den Reichstagsabgeordneten Wirth und an zwei Landtagsabgeordnete gewandt, die ebenfalls nichts unternommen hätten, so daß er annehmen müsse, daß sie ebenfalls bestochen worden seien. Als er nun merkte, daß alles gegen ihn bestochen sei, habe er direkt an den General von Seeckt geschrieben und ihn gebeten, zu veranlassen, daß seine Sache an das ordentliche Gericht überwiesen werde, widrigenfalls er gezwungen sei, die Waffe gegen ihn zu richten. Wenn der Staat sich ihm gegenüber alles erlaube, so könne er sich auch diese Drohung erlauben. Wenn er seine Rente nicht bekäme, würde er in Zukunft doch zur Waffe greifen. Als ihm vom Arbeitsministerium mitgeteilt wurde, daß seine Beschwerde abgelehnt sei, habe er an das Arbeitsministerium geschrieben, daß er binnen 8 Tagen den General von Seeckt erschießen würde, falls seinem Gesuch nicht stattgegeben werden würde. Er habe sich nicht strafbar gemacht, da er zu dieser Drohung gezwungen worden sei. Im August habe er sich an die Staatsanwaltschaft gewandt und eine Betrugsanzeige gegen die Versorgungsbehörden erstattet. Als er auch von der Staatsanwaltschaft ablehnenden Bescheid erhielt, habe er auch dieser Behörde geschrieben, daß er den General von Seeckt oder den Generalstaatsanwalt erschießen würde, wenn er seine Rente nicht erhielte. Er sei keineswegs geisteskrank und lehne entschieden den § 51 ab.

In letzter Zeit sei er ständig von Kriminalbeamten beobachtet worden, auch schon bevor er seine Drohungen geäußert habe. Auch seine Wirtin hätte ihn schon seit 2 Jahren beobachtet, sie habe an der Tür gehorcht und den Kriminalbeamten Mitteilung gemacht, wenn er zu Hause war. Sie sei ebenfalls vom Versorgungsgericht bestochen. — Über seine Vita sexualis gab er an, daß er nur wenig Verkehr mit Frauen gehabt habe, homosexuelle Neigungen habe er nie gehabt.

Die körperliche Untersuchung ergibt eine leichte Atrophie der Muskeln des linken Oberarms, die elektrische Erregbarkeit ist vorhanden. Bei Aufforderung, den Arm zu bewegen, schleudert er den ganzen Schultergürtel mit dem Arm nach vorn. R. hält auch heute an seiner Vorstellung fest, daß alle Personen vom Staat bzw. von den Versorgungsgerichten bestochen seien.

Wir sehen in diesem Fall, daß bei einem bis zum Krieg gesunden und arbeitswilligen Mann nach seiner Verletzung sich die überwertige Idee festsetzte, er sei durch die Verletzung und durch die im Krieg erlittenen Krankheiten in seiner Erwerbsfähigkeit erheblich geschädigt. Trotz dieser Vorstellung hat er aber noch gearbeitet, obwohl er sofort seine Rentenansprüche gestellt hatte.

Von einem mangelnden Arbeitswillen — wie ein Gutachter angenommen hat — kann also keine Rede sein. Im Verlauf des Rentenverfahrens bildet sich bei ihm mit der Zeit eine ausgesprochene querulatorische Psychose, er wird, wie seine zahlreichen Eingaben zeigen, ein typischer Querulant, schließlich entwickelt sich bei ihm ein paranoisches System, er fühlt sich von Kriminalbeamten beobachtet und verfolgt, das System dehnt er auf seine eigene Wirtin aus; er glaubt, daß alle Ärzte und Richter vom Staat bestochen seien, ebenso die Anwälte, die ihn von der Aussichtslosigkeit seiner Ansprüche zu überzeugen suchten. Als die Abgeordneten, an die er sich wandte, auch nichts für ihn unternahmen, hielt er sie ebenfalls für bestochen. Schließlich wird er zum verfolgten Verfolger, er droht, den General von Seeckt zu erschießen und in dem gegen ihn eingeleiteten Strafverfahren wird er für geisteskrank erklärt und interniert.

Von der Therapia sterilisans kann also in diesem Fall keine Rede sein. Die hysterische Armlähmung ist nicht geheilt worden durch Abweisung seiner Ansprüche, sondern R. ist geisteskrank geworden; sein Zustand hat sich nach jedem Urteilsspruch verschlimmert, die Psychose ist das Resultat.

Die Abweisung seiner Ansprüche hat zweifellos dem Fiskus Kosten erspart. Aber wie stellt sich nationalökonomisch der Erfolg? Wenn R. eine Rente erhalten hätte, so wäre er aller Wahrscheinlichkeit nach zufrieden gewesen, ja er hätte sich auch weiter um Arbeit bemüht und vielleicht auch wieder Arbeit gefunden. Denn arbeitswillig ist er ja gewesen. Nach einem größeren Zeitraum hätte man ihm auch klar machen können, daß er sich nunmehr an den Schaden gewöhnt haben müsse, und man hätte ihm nach und nach die Rente entziehen können. Nach dem Verfall in Geisteskrankheit blieb aber nichts weiter übrig, als ihn zu internieren, die Kosten des Anstaltsaufenthaltes betragen aber pro Jahr ca. 2000 Mark, die von der Kommune getragen werden müssen, also weit mehr als die Rente. Und es ist nach dem augenblicklichen Zustand kein Ende der Internierung abzusehen. Es ist wahrscheinlich keineswegs selten, daß Unfallneurotiker nach Abweisung ihrer Ansprüche den Wohlfahrtsbehörden zur Last fallen. Also nicht Ersparnis, sondern vermehrte Kosten, die von den Steuerzahlern aufzubringen sind, sind die Folge.

Dieser Fall zeigt zum mindesten, daß man nicht jeden Rentenneurotiker schematisch begutachten darf, daß man sich die Begutachtung jedenfalls zu leicht macht, wenn man von vornherein mit einem Vorurteil an die Begutachtung herangeht und daß man Gefahr läuft, durch Schematismus dem Geschädigten Unrecht zu tun. Die Dinge liegen jedenfalls in praxi erheblich schwerer als in der Theorie. Es kommt noch hinzu, daß durch die Voreingenommen-

heit auch leicht eine Fehldiagnose gestellt werden kann. Einen solchen Fall, der von verschiedenen Gutachtern, auch von mir, als Rentenneurose aufgefaßt worden ist und der sich schließlich doch als eine organische Schädigung herausgestellt hat, habe ich kürzlich veröffentlicht [1]. Auf zahlreiche Fehldiagnosen hat *Fritz Fränkel* [2] in einer sehr beachtlichen Arbeit hingewiesen. Eine Myelitis funicularis ist trotz unwillkürlichen Kot- und Urinabganges als Hysterie beurteilt worden, ebenso eine Chorea chronica, eine multiple Sklerose zunächst als Rheumatismus, dann als Arteriosklerose, ein Fall von myotonischer Dystrophie galt als psychogen.

Fränkel weist auch mit Recht darauf hin, daß »die innerliche Festlegung der Gutachter leicht dazu führt, organische Leiden zu übersehen, die Bedeutung der Anlage zu überschätzen, die Beziehung von Trauma und Krankheitsprozeß willkürlich zu begrenzen.

Diese Tendenzen, die alle darauf hinauslaufen, die Zahl der Versorgungsberechtigten nach Möglichkeit niedrig zu halten, finden auch ihren Ausdruck in der Statistik. Bei steigender Unfallmeldeziffer sinkt die Zahl der zuerkannten Unfallrenten. Zum Teil findet diese Tatsache ihre Erklärung in der bereits gekennzeichneten Bewertung der funktionellen Unfalleiden. Hierbei muß man sich übrigens bewußt bleiben, daß nach der Unfallstatistik die Zahl der Unfallneurosen relativ sehr klein ist, nämlich unter 1% aller Unfalleiden beträgt.«

Weiter scheint mir wichtig die Frage, ob der abgewiesene Unfallneurotiker im allgemeinen wirklich voll arbeitsfähig ist. Wenn auch zuzugeben ist, daß viele nach Abweisung ihrer Ansprüche wieder arbeiten, so ist es doch fraglich, ob sie so viel verdienen können und soviel leisten wie andere Arbeiter. Sie selbst fühlen sich nicht als gesund, sie behalten ihre Beschwerden und Depressionen, dazu kommt noch bei vielen die Vorstellung, daß man ihnen bei der Begutachtung Unrecht getan hat. Und dieser Gedanke läßt sie nicht zur Ruhe kommen.

Kürzlich habe ich einen Eisenbahnbeamten untersucht, der nach einem vor 2 Jahren erlittenen Unfall an Kopfschmerzen und Schwindelanfällen erkrankt war und an schweren Depressionszuständen litt. Dieser Beamte hat 28 Jahre lang Dienst getan und ist früher nie krank gewesen. Nach seiner Darstellung hat es sich bei dem Unfall nicht um eine Commotio gehandelt. Er ist wiederholt nachuntersucht und für dienstfähig befunden worden, hat auch immer von neuem versucht, seinen Dienst zu tun, ist aber stets von neuem erkrankt, hat im Dienst Schwindelanfälle bekommen und leidet nun unter der Vorstellung, daß er durch die Neigung zu Schwindelanfällen im Dienst verunglücken könnte. Diese Zwangsvorstellung ist eine Folge seines Unfalls. Er ist ständig in schwerer Depression. Von einem mangelnden Arbeitswillen

---

[1] *Salinger*, Ärztl. Sachverständigen-Zeitung Nr. 18, 1928.

[2] *Fränkel*, »Zur Psychologie des ärztlichen Gutachtens«. Zeitschrift f. d. gesamte Neurologie und Psychiatrie Bd. 110, Heft 2.

kann bei diesem Beamten nicht die Rede sein. M. E. ist die Zwangsvorstellung, die übrigens als Folge von Eisenbahnunfällen nichts Seltenes ist, ebenso eine Unfallfolge wie etwa eine hysterische Lähmung, und es ist nicht berechtigt in solchen Fällen von Betrug und Schwindel zu sprechen. Mit solcher Argumentation macht man sich die Aufgabe denn doch zu leicht.

Auf die Verwandtschaft der Renten(Unfall)neurosen mit allen möglichen neurasthenischen und hysterischen Zuständen, sowie mit Zwangszuständen aller Art hat *Levy*-Suhl hingewiesen. Und kein Arzt wird behaupten, daß diese neurasthenischen oder hysterischen Zustände sowie die Zwangszustände keine Krankheiten seien, und kein Arzt wird die Behandlung dieser Krankheiten für überflüssig halten, obwohl jeder Erfahrene weiß, wie hartnäckig die Kranken an ihren Symptomen festhalten, wie oft sie jeder Behandlung spotten. Und wenn nun derartige Zustände nach Unfällen auftreten, dann soll das alles bewußte Übertreibung oder gar Schwindel sein?

Besonders lehrreich scheint mir ein Fall von hysterischer Kontraktur der Hand zu sein, den ich längere Zeit zu beobachten und zu behandeln Gelegenheit hatte. Der Betreffende hatte das Glück, vor dem Kampf gegen die Rentenneurose zu erkranken, ihm wurde eine Rente von 50% zugebilligt. Es handelte sich um einen Möbelzeichner Adolf H., der bis zum Kriegsausbruch abgesehen von einer Diphtherie, die einen Herzfehler zurückgelassen hatte, nie ernstlich krank gewesen war. Im August 1916 wurde er im Westen verschüttet. Nachdem er noch kurze Zeit Dienst gemacht hatte, stellten sich nervöse Erscheinungen, Herzbeschwerden und Schwindelanfälle ein. Er kam ins Lazaret, hier traten Krampfanfälle auf, die erst für epileptisch, dann für hysterisch gehalten wurden. Es traten auch ödematöse Schwellungen des Augenlides und der Oberlippe auf. Nach den Krampfanfällen war er stets längere Zeit apathisch. Etwa 1 Jahr nach der Verschüttung hatte sich eine Kontraktur der Finger der linken Hand herausgebildet, sämtliche Finger mit Ausnahme des Daumens waren krallenförmig gekrümmt und konnten aktiv nur in ganz geringem Maße gestreckt, jedoch ohne Behinderung gebeugt werden. Außerdem bestand hysterisches Schüttelzittern. Die Kontraktur wurde als rein hysterisch angesehen. Er wurde als d.u. im August 1917 entlassen. Im Juni 1918 war er wieder in Lazarettbehandlung, jetzt hatten bereits die Fingernägel angefangen, in die Handfläche einzuwachsen. Durch Elektrisieren gelang es, die Hand bis zur Krallenstellung zu öffnen. In der Hypnose wurden die Finger weiter gestreckt und bei nicht vollkommener Streckung auf eine Schiene gelagert. Dann wurden in einem andern Lazarett im August die Finger in Narkose gestreckt und in Streckung nach wiederholter Narkose fixiert. Hierbei wurde bereits eine deutliche Schrumpfung der Hohlhandfaszie festgestellt, jedoch trat sofort nach Weglassen des Verbandes wieder eine Beugung der Finger ein. Auch eine Verkürzung der Muskeln und Sehnen hatte sich eingestellt. Bei einer Nachuntersuchung im Mai 1922 lag der 2. bis 5. Finger krallenartig fest in der Hohlhand und konnten passiv nur wenig aus dieser Stellung gebracht werden. Überall wurde die Störung als hysterisch angesehen. Trotzdem hielt man Gewährung einer Rente stets für geboten. — 1923 kam H. wegen Morphinismus nach Herzberge. Die Kontraktur war in keiner Weise geändert und blieb unverändert während der ganzen Behandlungszeit (November 1923 bis Januar 1925). Hysterische Anfälle traten nur selten auf;

einmal zog sich H. in einem Anfall eine Luxation des linken Oberarmes zu. Im übrigen hat er in der Anstalt stets fleißig gearbeitet und auch vor seiner Internierung hat er zeitweise gearbeitet. Also von einem mangelnden Arbeitswillen kann auch in diesem Fall keine Rede sein.

Wenn auch zweifellos nach der Verschüttung der Wunsch, von der Front fortzukommen bei der Entstehung der hysterischen Symptome mitgewirkt hat, so blieben die Symptome doch bestehen, als er sicher war, nicht wieder an die Front geschickt zu werden. Es ist auch zweifellos, daß an der Fixierung der Symptome der Wunsch nach Rente mitgewirkt hat, aber allein durch die Rentenbegehrung ist doch die dauernde, schwere Schädigung seiner Gesundheit nicht zu erklären, eine Schädigung, die ihn für seinen Beruf dauernd untauglich gemacht hat, so daß er auch mit der kleinen Rente und einem bescheidenen Verdienst durch seine Arbeit materiell erheblich schlechter gestellt ist als andere. Hier wirken doch noch andere psychische Momente mit. Ich halte es für ganz unwahrscheinlich, daß durch Entziehung der Rente die Kontraktur beseitigt worden wäre; die Kontraktur ist auch nicht durch die äußerst schmerzhafte Behandlung beseitigt worden. Es gehört doch schon ein ganz ungewöhnliches Maß von Willenskraft dazu, immer wieder und wieder sich einer solchen schmerzhaften Behandlung zu unterziehen und die Krankheit nicht aufzugeben, nur um im Besitz einer relativ kleinen Rente zu bleiben.

Ich halte es für wahrscheinlicher, daß die Vorstellung einer schweren gesundheitlichen Schädigung durch die Verschüttung das pathogene Moment gebildet hat. Und ich halte die Rentengewährung für völlig berechtigt. Nach der Begründung, die das R. V.A. für die Ablehnung der Rentengewährung gibt, hätte H. keine Rente bekommen dürfen. Aus diesem Fall, wie aus dem ersten aber ergibt sich, daß die Entscheidung der R.V.A. einer Korrektur bedarf. Keineswegs aber dürfte mit der bekannten Entscheidung in dieser Frage schon das letzte Wort gesprochen sein.

Es lag mir daran, an der Hand einiger Fälle auf die Schwierigkeit der Begutachtung von Unfallneurotikern hinzuweisen und vor einem allzu öden Schematismus zu warnen. Daß in vielen Fällen Simulation vorliegt, oder doch zum mindesten Übertreibung, ist mir natürlich bekannt. Aber es wäre ein großes Unrecht, nun alle Unfallneurotiker für Simulanten und Betrüger zu halten. Man soll auch nie vergessen, daß viele außerordentlich an ihren Beschwerden leiden. Sie bedürfen, wie andere Kranke, der ärztlichen Hilfe.

Anmerkung bei der Korrektur. Die Arbeit ist im November 1928 abgeschlossen worden. Die seitdem erschienene Literatur sowie die neue Reichsgerichtentscheidung (RG. 75. 19. [22]) ist daher nicht berücksichtigt.

Biologische Betrachtungen zur Impfmalaria.

Von
Dr. Rudolf Wethmar, ehem. Volontär der Heilstätte, jetzt Facharzt für innere Krankheiten in Iserlohn Westf.

Die Ausübung der therapeutischen Malariaimpfungen hat neben den guten klinischen Erfolgen dieser Behandlungsmethode auch noch manche theoretisch wissenschaftliche Früchte gebracht. Die klinische Psychiatrie konnte ihre Erfahrungen vertiefen und die pathologische Anatomie insbesondere die Hirnzytologie kamen in neue Bahnen. Wesentliche Beobachtungen konnten indes auch auf dem Gebiet der Mikrobiologie und Parasitologie sowie auf dem der Chemotherapie gemacht werden.

Im folgenden seien einige biologische Beobachtungen mitgeteilt, die sich beim Arbeiten mit der künstlichen Malaria während meiner Tätigkeit am Institut »Robert Koch« und den Wittenauer Heilstätten ergaben und über die bereits andernorts eingehend mitgeteilt wurde [1]). Wenn ich hier kurz einiges davon zusammenfassend darstelle, folge ich der geschätzten Aufforderung des Herausgebers dieser Festschrift.

Was vielleicht zuerst bei den Impfungen mit der Malaria auffiel, war die Beobachtung, daß trotz der in manchen Gegenden bei uns reichlich vorkommenden Anophelesmücken doch nur recht selten, ja eigentlich überhaupt nicht mit Sicherheit eine Übertragung durch diese Mücken beobachtet wurde. Man hatte anfangs sehr mit diesen Übertragungen gerechnet und ernste Vorkehrungen getroffen an Hand von Moskitonetzen und Drahtbespannungen vor den Fenstern, um das Endemischwerden der Krankheit zu verhindern. Außerdem impfte man am liebsten mit gametenarmen, ja wenn möglich mit gametenfreien Stämmen. Indes war die Befürchtung der Mückenübertragung ja auch im Kriege bereits aktuell gewesen, als in den Lazaretten die mit schwerer Malaria aus dem Orient heimkehrenden Soldaten aufgenommen wurden. Aber schon damals zeigte es sich, daß diese Befürchtungen glücklicherweise gar nicht so ernst zu nehmen waren, denn es kam auch damals kaum zu irgendwelchen Übertragungen. Wohl werden Malariker von Anophelen gestochen und dabei auch Gameten angesaugt, doch zu dem dann weiteren Entwicklungsgange im Anophlesweibchen, welcher zur Weiterübertragung durch die Mücke unbedingt notwendig ist, kommt es wohl selten. Die durchschnittlichen Temperaturverhältnisse unseres Klimas, namentlich mit den starken nächtlichen Abkühlungen, unterdrücken die Kopulation der Mikro- und Makrogameten und somit die Sporozoitenbildung mit deren Über-

[1]) *Wethmar*: KliWo. 1927. Nr. 41; D.m.Wo. 1928 Nr. 20; Ztsch. f. d. ges. Neurolog. u. Psychiatr. 1929 Bd. 118 H. 3.

tritt in die Speicheldrüse der Mücke. Es kann natürlich vorkommen bei äußerst günstigen Witterungsverhältnissen mit einer Reihe von schwülen Tagen und warmen Nächten, daß einmal doch dieser Entwicklungsgang im Zwischenwirt zur Reife kommt, wozu ca. 10 bis 12 Tage erforderlich sind. Doch dieses ist in unsern Breiten immerhin eine Seltenheit, denn es ist hierbei erforderlich, daß die mittlere Lufttemperatur des wärmsten Monats 15—16 Grad beträgt. Allerdings genügen diese Seltenheiten doch, daß sich in den nordwesteuropäischen Hafenstädten immer wieder Fälle von spontaner Malaria finden. Man sah also, daß es gar nicht so erforderlich war, ausgedehnte Schutzmaßnahmen zu treffen und man scheut sich denn auch heute nicht, selbst stark gametenhaltige Stämme zu verimpfen, benutzt sogar Tropikastämme, die die meisten Gameten enthalten.

Weiter sei eine Beobachtung erwähnt, über die man sich wundern mußte, daß nämlich die Abimpfung von einem Patienten nicht immer wieder den gleichen Fiebertyp ergab bei dem Impfling, wie ihn der Abgeimpfte aufwies. Es kommt vor, daß von einem Patienten, der im reinen Tertianatyp fiebert, zwei zu gleicher Zeit mit demselben Blut vorgenommene Abimpfungen verschieden ausfallen. Das einemal entsteht wieder eine Tertianaform, das anderemal hingegen eine Quotidiana, obwohl beide mit ein und demselben Plasmodium vivax, dem Erreger der Tertiana, geimpft wurden. Daß es sich hierbei in dem Falle der Quotidiana-Fieberung um eine »Zwieselinfektion« handelt, eine Malaria duplex, im Gegensatz zur Simplexform, ist von der natürlichen Malaria her bekannt, die oft gemischt in dieser Weise verläuft. Es beruht dies auf der Entwicklung zweier verschiedener Generationen, die dann alternierend Fieberanfälle erzeugen, sei es in Form der reinen Quotidiana regelmäßig alle 24 Stunden, sei es in einem Mischtyp oder in der Form der ante- und postponierenden Temperatursteigerungen. An den Fieberkurven kann man vielfach deutlich verfolgen, wie sich die zwei Generationen auseinanderziehen.

Wie aber kommt es, daß in dem einen Falle bei der Überimpfung zwei Generationen angehen, in dem anderen Falle dagegen nur eine? Die Vermutung lag nahe, daß diese auffällige Inkonstanz in der Entwicklung der Generationen bei der direkten Überimpfung von Mensch zu Mensch mit den Isohämagglutininen des Blutes, also den Blutgruppen in Zusammenhang zu bringen sei. Es läßt sich leicht vorstellen, daß eben in dem Fall, in dem die Erythrocythen des Spenders von dem Serum des Empfängers agglutiniert werden, die Malariaplasmodien geschädigt werden, ein Teil vielleicht ganz abgetötet wird, und daß nur ein bestimmtes Stadium der Schizogonie diese Agglutination der Erythrozyten, die ja die Träger der Plasmodien sind, übersteht. Nur diese Generation

kommt dann eben zur Entwickelung und kann natürlich nur eine Fieberung im reinen Tertianatyp erzeugen. In den Fällen hingegen, in denen das Empfängerserum keinen agglutinierenden Einfluß auf die überimpften Erythrozyten ausübt und somit keinerlei Schädigung statthat, kann jede Generation ungehindert angehen, und es stehen dann Fieberungen in jeder Form zu erwarten. Nachprüfungen in dieser Hinsicht erbrachten den Beweis dieser Annahme. Die Nachprüfungen konnten an ehemaligen und noch anwesenden Patienten vorgenommen werden dank einer genauen Aufzeichnung aller Abimpfungen, die Herr Oberarzt Dr. *Schulze* nach Art eines Stammbaums angelegt hatte. So konnte dann mittels der Blutgruppenbestimmung nach *Moß* die Verschiedenartigkeit der Isohämagglutinine nachträglich ermittelt werden. Zu den Untersuchungen werden nur Erstimpflinge herangezogen, da bei den Wiederimpflingen bereits Immunitätsvorgänge das Bild des Fiebertyps verwischen. Aus den so gewonnenen Ergebnissen und den Fieberkurven ergab sich bei 65 Fällen folgendes Bild: Die reinen Duplex-Formen mit den reinen Quotidianakurven fanden sich in der Tat am häufigsten bei den Abimpfungen, bei denen zwischen Spenderblut und Empfängerserum keine Agglutination stattfand, wo also für das Angehen aller Generationen die besten Verhältnisse vorlagen. Es waren 14 Fälle mit reinen Duplexfieberungen, davon gehörten allein 12 der Gruppe an, die unter günstigen Blutgruppenverhältnissen geimpft waren. Daß hierbei die intravenösen Impfungen weitaus die meisten dieser Formen zeigten, braucht wohl nicht eigens hervorgehoben werden, da jedem Malariatherapeuten geläufig ist, daß die Intrakutanimpfung sich anders verhält als die intravenöse. Erstens ist sie in der Inkubationszeit bedeutend länger und zweitens fiebert sie an und für sich schon meist im Tertianatyp. Der Impfweg ist bei der Intrakutanimpfung zu ungünstig, so daß hier schon bald nach der Inokulation manche Plasmodien zugrunde gehen, bevor sie überhaupt in die Blutbahn gelangen. Bei den von unsern Fällen unter günstigen Blutgruppenverhältnissen Geimpften fand sich die reine Duplexform zu 46 %, während sie bei den unter ungünstigen Verhältnissen geimpften bei 16 Fällen nur einmal zu finden war. Interessant war auch der Vergleich der mittleren Inkubationszeiten. Die unter günstigen Bedingungen Geimpften fieberten bereits nach durchschnittlich 4,5 Tagen, die ungünstigen nach 8,2 Tagen. Bei den Intrakutangeimpften waren die Unterschiede noch erheblicher. Item es besteht bei der Impfmalaria ein inniger Zusammenhang zwischen den Blutgruppenverhältnissen und dem Fiebertyp, der neben seinem theoretischen Interesse auch praktischen Wert besitzt. Erstens, um schnell eine wirksame Fieberung zu erhalten, empfiehlt es sich, intravenös zu impfen und zwar unter sogenannten, wie oben ausgeführt, günstigen Verhältnissen

der Blutgruppen, denn hierbei ist die kürzeste Inkubationszeit. Ein Faktor, der in großen Anstalten mit vielen Impflingen immerhin von wirtschaftlicher Bedeutung ist hinsichtlich der Pflegetage. Zweitens hat man aber einen schwächlichen Patienten, den man nicht gern im Quotidianatyp fiebern lassen will, so impft man ihn am besten intrakutan und unter ungünstigen Blutgruppenverhältnissen, also von einem Malariker, dessen Erythrozyten von dem Serum des Impflings agglutiniert werden. Dann ist die größte Gewähr vorhanden, daß ein reiner Tertianatyp entsteht.

Weiterhin brachte das Arbeiten mit der Impfmalaria neue Feststellungen über den Verlauf der Inkubationszeit und über den Ausbruch der Krankheit selbst. Im Gegensatz zur Mückenmalaria, wo man eigentlich nie den Moment der Infektion weiß, kennt man hier den Zeitpunkt der Inokulation und kann so alle feineren Temperaturschwankungen und sonstige biologischen Veränderungen feststellen. War nun die bisherige Auffassung über den Ausbruch der Malaria so, daß der Infizierte plötzlich seinen ersten Fieberanfall mit Schüttelfrost erleidet, so konnte nun festgestellt werden, daß diesem »eklamptischen« Erstlingsanfall meist schon Temperatursteigerungen vorangehen. *Korteweg*, der hierüber zuerst Beobachtungen anstellte, bezeichnete diese Temperatursteigerungen als »Anfangsfieber«. Es ist ein inkonstant auftretendes Fieber von verschiedener Intensität und Dauer. Die Temperatur kann bis 39° steigen und 3—4 Tage anhalten, fällt dann vor dem ersten echten malar. Anfall meist erst wieder zur Norm ab. Das Anfangsfieber selbst verläuft stets ohne Schüttelfrost. Im peripheren Blut sind z. Zt. des Anfangsfiebers nur fertige Ringformen zu finden keine Teilungsformen, die Schizogonie findet vorerst nur in den inneren Organen und dem Knochenmark statt. Deswegen rechnet *Cl. Schilling* das Anfangsfieber auch zur Inkubationszeit zugehörig und bezeichnet die vor dem Anfangsfieber liegende absolut fieberfreie Zeit als »Präkubationszeit«. In den Fällen der Malaria, die mit Anfangsfieber verlaufen, besteht also die Gesamtinkubationszeit aus der Präkubationszeit und der Zeit des Anfangsfiebers. Über das Auftreten des Anfangsfiebers selbst ließ sich folgendes ermitteln. Je kürzer die Inkubationszeit ist, um so häufiger und um so heftiger findet es sich. War die Inkubationszeit kürzer als 8 Tage, trat in den von uns beobachteten 100 Fällen das Anfangsfieber regelmäßig auf und zeigte die höchsten Temperaturen und die längste Dauer. Betrug die Inkubationszeit mehr als 8 Tage, fand es sich nur noch in 42 % der Fälle mit weit milderem Verlauf und nur eintägiger Dauer durchschnittlich. Da die natürliche Malaria eine Inkubationszeit von rund 10—12 Tagen hat, ist anzunehmen, daß es sich auch hier in einem gewissen Prozentsatz in der leichten Form findet. Hierfür konnte ebenfalls *Korteweg* in Holland den klinischen Beweis erbringen.

Nur jetzt erst, als man auf diese Erscheinung achtete, kam sie zur Erkenntnis, denn an sich beansprucht das Anfangsfieber der natürlichen Malaria wohl kaum ärztl. Hilfe, da es nur wie gesagt sehr leicht ist und nicht beachtet wird, bis dann der darauf folgende echte mal. Anfall den Patienten zum Arzt führt, der dann natürlich das volle Krankheitsbild in ausgeprägter Form vor sich hat, aber keine Temperaturaufzeichnungen aus den Tagen zuvor.

Als letzte der biolog. Betrachtungen über die Impfmalaria seien meine Beobachtungen über die Blutkörperchensenkungsreaktion mitgeteilt. Nachdem diese Reaktion heute unsern klin. Untersuchungsmethoden als gesicherter Faktor anzureihen ist, der rasch und bequem Einsicht über die Zusammensetzung des Serums ergibt, war es natürlich interessant und reizvoll, die Wirkungsweise der Impfmalaria auf diese Weise metrisch zu erfassen. Es ergab sich, daß selbst Patienten, die vor der Kur eine sehr langsame Senkung hatten (maximalst 13 Stunden 28 Minuten nach Linzenmeier = 2 mm nach Westergreen), bis auf Werte von 15—10 Minuten bzw. 110—120 mm heruntergingen. Hierbei erfolgt konstant ein kritischer Sturz der Senkung nach dem 5.—7. Anfall, ein Zeitpunkt, den der Kliniker von andern kritischen Momenten her kennt. Um den 5.—7. Anfall sinkt auch der systolische Blutdruck bis auf 60/40 mm Hg, der diastolische bis auf 0 und im Blutanstrich finden sich zu dieser Zeit die meisten Plasmodien. Hier entscheidet es sich, ob der Patient die Kur weiter aushalten wird oder nicht. Geht die Senkung weiter in der Beschleunigung herunter als auf 15 Minuten (110 mm), so liegen Komplikationen vor, sei es Dekubitalphlegmonen, Bronchitiden oder Herzinsuffizienzen. Diese Komplikationen treten eigentlich nur da auf, wo auch schon vor der Impfung die Senkung beschleunigte Werte aufwies. Praktisch ist hieraus zu folgern, daß bei Impflingen mit beschleunigten Ausgangswerten der Senkung (Werte unter 4 Stunden bzw. unter 9 mm) im Verlauf der Kur mit Komplikationen zu rechnen ist. Ist dieses auch nicht gerade eine Kontraindikation zu der Impfung, so ist es doch zum mindesten ein Monitum auf eventuell zu erwartende ernste Zwischenfälle. Und von diesem Gesichtspunkt aus ist in manchen Fällen die Feststellung der Senkungsgeschwindigkeit der Erythrozyten vor der Impfung als Sicherheitskoeffizient zu empfehlen.

Soweit in Kürze einige biologische Betrachtungen zur Impfmalaria, wie sie den Malariatherapeuten am meisten von Interesse sein werden. Sollte es mir gelungen sein, einige Streiflichter aus dem interessanten Gebiet der Impfmalaria erhascht und das Interesse der Kliniker dafür gewonnen zu haben, so war es der Zweck meiner Arbeiten.



Kreislaufstörungen und Psychosen.

Von

Rudolf Thiele[1].

Die hervorragende Stellung, die den Erkrankungen der Kreislauforgane in der Pathologie der inneren Krankheiten zukommt, macht es begreiflich, daß auch die psychischen Alterationen, die bei kreislaufkranken Menschen erfahrungsgemäß so häufig angetroffen werden, das Interesse der Ärzte zu allen Zeiten aufs lebhafteste in Anspruch genommen haben. Wenn die wissenschaftliche Psychiatrie erst verhältnismäßig spät dazu gelangt ist, diesem Gegenstande größere Beachtung zuzuwenden, so hängt das mit der geschichtlichen Entwicklung unserer Disziplin zusammen, die nur allmählich den Weg von den Heil- und Pflegeanstalten in die allgemeinen Krankenhäuser fand und damit erst die »symptomatischen« Seelenstörungen in den Kreis ihrer Betrachtung ziehen lernte. Ein Blick in das psychiatrische Schrifttum läßt deutlich werden, daß von den Ergebnissen der an Zahl immerhin nicht unbeträchtlichen Einzeldarstellungen auf diesem Gebiete nur weniges in die anerkannten Lehr- und Handbücher übergegangen ist, also offenbar zum Bestande gesicherten Tatsachenwissens gerechnet wird. Gleich eingangs muß ich hervorheben, daß das Neue, was seit dem Erscheinen der bekannten zusammenfassenden Darstellungen hier geleistet worden ist, nicht so sehr auf dem Felde rein klinischer Deskription und symptomatologischer Analyse der psychopathologischen Tatbestände gelegen ist, als vielmehr in dem nach mancher Richtung vertieften Einblick in die pathogenetischen Zusammenhänge der gestörten Kreislauffunktion, der auch dem Verständnis der psychischen Reihe der Krankheitserscheinungen zugute kommt und in der Tat bereits das psychiatrische Interesse auf sich zu lenken begonnen hat. Es sei nur erinnert an die von *O. Müller* und seinen Mitarbeitern so erfolgreich in Angriff genommenen und von zahlreichen Kräften weiter geför-

[1]) Vortrag gehalten auf der Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie in Danzig am 23. und 24. Mai 1929. (Aus der Psychiatrischen und Nervenklinik der Charité [Direktor: Geheimrat *Bonhoeffer*].)

derten kapillarmikroskopischen Untersuchungen, an die Frage der funktionellen Kreislaufstörungen, wie sie unter der Erscheinung des krankhaft erhöhten Blutdrucks und seiner Folgen oder der mangelhaften Blutversorgung funktionstragender Gewebe infolge der viel erörterten lokalen Gefäßkrämpfe uns entgegentreten. Ich denke in diesem Zusammenhang auch an die geistvollen Aufstellungen *Rickers* über die Bedeutung des Strombahnnervensystems und seiner Affektionen, die insbesondere etwa als Grundlage des hirnkommotionellen Erscheinungskomplexes in Betracht zu ziehen sind. Eine besondere Anregung zur Beschäftigung mit unserem Gegenstande wird weiterhin zweifellos von den überraschenden Aufschlüssen über die Angioarchitektonik der Großhirnrinde ausgehen, die die schönen Untersuchungen von *R. A. Pfeifer* uns erst kürzlich vermittelt haben. Das alles, was die Nachbardisziplinen an bereits gewonnener Erkenntnis bereithalten, was aber in unserer Wissenschaft bisher noch nicht die volle Berücksichtigung gefunden hat, erscheint geeignet, die Einsicht in das Krankheitsgeschehen zu fördern. Nach diesen Bemerkungen denke ich keinem Widerspruch zu begegnen, wenn ich versuchen werde, die Behandlung des klinischen Stoffes, soweit möglich, nach pathogenetischen Gesichtspunkten zu orientieren.

Ich unterlasse es, historischen Betrachtungen nachzugehen. Nur soweit seien mir einige Bemerkungen gestattet, als sie dazu dienen können, die Wandlungen in der pathogenetischen Fragestellung, wie sie sich tatsächlich vollzogen haben, ins rechte Licht zu setzen. Die wesentlich spekulativ gerichteten Bemühungen der älteren Autoren stehen überall unverkennbar unter dem Einfluß der populär-medizinischen Vorstellungen über die Beziehungen von Herz und Psyche, wie sie sicherlich mit gutem Grunde so tief im Volksglauben verwurzelt sind. Daß der sehr im groben arbeitende Versuch späterer, zweifellos empirischere Ziele verfolgender Forscher, bestimmte Zuordnungen zwischen den besonderen Herzerkrankungen, speziell den einzelnen Klappenfehlern, und der Gestaltung des psychopathischen Zustandsbildes zu finden, das immerhin bemerkenswerte Teilergebnis hatten, daß die Aortenerkrankungen sich in besonderer Häufigkeit mit manisch-erregten Zuständen vergesellschaften — von den Mitralfehlern wurde eine entsprechend enge Beziehung zu melancholischen Bildern behauptet (*Mildner*, *d'Astros*, *Mickle* u. a.) —, ist uns heute wegen der bekannten Affinität der luischen Noxe zum Anfangsteile der Aorta leicht begreiflich; es wird eben, worauf wohl zuerst *Stransky* hingewiesen hat, unter jenen manischen Bildern sich manche unter stürmischen Erschei-

nungen einsetzende paralytische Psychose verborgen haben. In dem Maße, wie die Überzeugung von der in letzter Instanz zerebralen Bedingtheit aller seelischen Leistungen und Leistungsstörungen als eine der Grundvoraussetzungen allen kausalen Denkens in der Psychiatrie zur Anerkennung gelangte, suchte man sich natürlich bestimmtere Vorstellungen über die mögliche Wirkung der Herzaffektionen auf das nervöse Zentralorgan zu bilden, man war bestrebt, »ätiologische Zwischenglieder« zu finden, die, als Vermittler zwischen den Funktionsbeeinträchtigungen des Herzens und dem krankhaften Geschehen im Gehirn, den verwickelten Vorgang der Pathogenese verständlicher machten. Man dachte einmal an Durchblutungsstörungen des Gehirns, dann aber auch an toxische Schädigungen durch abnorme im Blute zirkulierende Stoffwechselprodukte, wie sie etwa beim Zerfall der Ödemflüssigkeit entstehen sollen, bald mehr den hämodynamischen, bald mehr den toxischen Faktor hervorhebend. *Jakob* legt Wert auf die Überlegung, daß die letzten Folgen aller Kreislaufstörungen im Gehirn immer in einer Beeinträchtigung des Stoffwechsels im Nervengewebe, also in chemischen Wirkungen bestehen werden. Mit Rücksicht auf diesen gemeinsamen Entstehungsmechanismus, dessen Einheitlichkeit auch in den vorgefundenen Veränderungen der nervösen und gliösen Elemente zum Ausdruck kommen soll, spricht dieser Autor, eine schon vor ihm von *Kronthal* gebrauchte Bezeichnung verwendend, von »Kreislaufpsychosen«. Er glaubt damit allerdings auch eine nach ihrer psychischen Symptomatologie besonders gekennzeichnete Krankheitsgruppe sui generis herausgehoben zu haben, was, wie besonders von *Bonhoeffer* betont worden ist, in der klinischen Erfahrung keine Stütze findet.

Wenn in früheren pathogenetischen Betrachtungen überall das Herz in den Vordergrund gerückt, dementsprechend also auch — bis etwa hin zu *Jakob*, wo eine veränderte Betrachtung bereits sich geltend zu machen beginnt — den Beziehungen zwischen Herzkrankheiten und Psychosen nachgegangen wird, so entspricht das dem bekannten, einseitig organologischen Standpunkt, der ganz allgemein die Pathologie lange Zeit hindurch beherrscht hat. Inzwischen hat sich, wie überall in der Krankheitslehre, auch in der Kreislaufpathologie ein Standpunktwechsel vollzogen, der hier insbesondre darin zum Ausdruck kommt, daß die Frage nach der Herzdekompensation aufgegangen ist in das allgemeinere Problem der Kreislaufdekompensation, der »Kreislaufinsuffizienz«. Das bedeutet zweifellos mehr als die Einführung eines neuen formalen Gesichtspunktes zum Zwecke der Deskription. Gewiß wird man auch heute die Ursachen für das »Versagen des Kreislaufs« zum

wesentlichen Teil im Herzen selbst suchen; aber das Interesse ist weit stärker und grundsätzlicher auch der Kreislaufperipherie und den Wechselwirkungen zwischen Zentrum und Peripherie zugewandt. Wir werden also auch, wenn wir die Frage nach dem Substrat der hier interessierenden psychischen Störungen aufwerfen, diesem veränderten Standpunkt Rechnung tragen müssen und nach den Zusammenhängen zwischen Kreislaufinsuffizienz und Psychosen fragen. Es handelt sich hier zunächst um allgemeine Kreislaufstörungen, deren Wirkungen sich auf die gesamte Peripherie erstrecken, zu der in dieser Hinsicht natürlich auch das Gehirn gehört. Neben diesem allgemeinen Versagen des Zirkulationsapparates sind dann die örtlichen (spez. zerebralen) Kreislaufstörungen genauer zu betrachten. Doch muß gleich hier betont werden, daß die physiologisch klare Unterscheidung zwischen allgemeinen und örtlichen Kreislaufstörungen als Einteilungsgesichtspunkt für die klinische Darstellung sich der Natur der Sache nach nicht streng durchführen läßt, da die örtlichen Störungen vielfach auf dem Boden einer allgemeinen Kreislaufschädigung erwachsen. Schließlich wird auch auf die Genese derjenigen psychischen Erscheinungskomplexe einzugehen sein, die man von jeher — und auch nach dem heutigen Stande der Erkenntnis noch mit Recht — mit dem Herzen selbst in einen unmittelbareren Zusammenhang zu bringen gewohnt ist: ich meine die psychischen Alterationen, die sich um die Angina pectoris gruppieren oder, richtiger gesagt, einen wesentlichen Bestandteil dieses Krankheitsbildes ausmachen.

Betrachtet man die Ergebnisse der neueren Kreislaufforschung unter dem Gesichtswinkel des Psychiaters, so wird natürlich in erster Linie die Frage interessieren, inwieweit sie geeignet sind, über die zirkulatorischen Vorgänge im Gehirn genaueren Aufschluß zu geben. Auch in dieser Provinz der Peripherie des Kreislaufs müssen die Folgen seines Zusammenbruches sich bemerkbar machen. Sie werden nicht erwarten, daß ich Ihnen die mannigfachen neueren Erkenntnisse und die nicht minder zahlreichen Probleme auf diesem Gebiete hier auch nur in Form eines gedrängten Übersichtsreferates vortrage, also etwa auf die vielerörterte Frage der Bedeutung der Protoplasmadynamik im Sinne von *Fr. Kraus* in ihrem Verhältnis zur Hämodynamik näher eingehe (*Eppinger* und seine Mitarbeiter — *v. Bergmann*s Schule), was ja auch besser von kompetenter Seite geschähe. Ich möchte nur darauf hinweisen, daß die Forschungen der letzten Jahre bezüglich der Vorgänge in der Kreislaufperipherie uns über die altbekannten Erscheinungen der Stauung, der Ischämie, der Ödembildung usw. hinaus manche

neuen Mechanismen kennen gelehrt bzw. jene alten in einem wesentlich anderen Lichte gezeigt haben. Neben physikalisch-chemischen und pharmakodynamischen Untersuchungen hat an diesem Fortschritt auch die Kapillarmikroskopie in beträchtlichem Grade Anteil. Die Übertragung der Erfahrungen auf die Zirkulationsverhältnisse des Gehirns begegnet allerdings noch recht erheblichen Schwierigkeiten. Es ist ja bekannt, daß das Hirngefäßsystem in mancher Beziehung eine Sonderstellung einnimmt, die solche Analogisierungen nicht ohne weiteres gestattet. Und eine direkte Beobachtung des Gehirns am eröffneten Schädel ist ja nur ausnahmsweise und auch nur dann innerhalb eng gezogener Grenzen möglich, ganz abgesehen davon, daß die Betrachtung der Gefäßweite, des Gefäßinhalts, der Strömungsgeschwindigkeit u. dgl. niemals ein vollständiges Bild von dem jeweiligen Kreislaufzustande eines Organs zu geben vermag. Immerhin kann kein Zweifel bestehen, daß auch hier der Mikroskopie am Lebenden ein hochinteressantes Arbeitsfeld bereitliegt. Daß die technischen Schwierigkeiten nicht unüberwindlich sein können, dürfte die Tatsache lehren, daß z. B. die Oberfläche des Uterus nach operativer Freilegung mit ausgezeichnetem Erfolge der Betrachtung mit dem Kapillarmikroskop zugänglich gemacht worden ist (*Nevermann*). *Jakobi* und *Magnus*, angeregt durch die Untersuchungen *H. Berger*s über die Hirnzirkulation, haben eine Methode ausgearbeitet, mittels derer sie die Gefäße am Hirn des lebenden Hundes in verschiedenen Funktionszuständen photographisch darstellen konnten.

Bestimmte pathogenetische Zuordnungen differenter Kreislaufzustände des Gehirns zu den besonderen psychopathologischen Symptomenkomplexen vorzunehmen, ist heute nicht möglich; nach allen sonstigen Erfahrungen über den Zusammenhang der symptomatisch-psychotischen Kernsyndrome (also der Delirien, Dämmerzustände, epileptiformen Erregungen, Amentiabilder usw.) mit den bekannten exogenen Schädigungstypen ist eine Spezifität in dieser Richtung überhaupt sehr unwahrscheinlich. Dagegen läßt sich mit Sicherheit erwarten, daß die genauere Kenntnis und Berücksichtigung der Kreislaufperipherie, insbesondere also der zerebralen Strombahnprovinz, uns mindestens über die zeitlichen Verhältnisse im Auftreten und Ablauf der psychischen Symptome in ihrer Beziehung zu den körperlichen Dekompensationszeichen besser, als es bisher der Fall war, unterrichten wird, was klinisch gewiß nicht unwichtig wäre. Daß die bei organischen Herzerkrankungen beobachteten psychischen Störungen im ganzen an das Stadium der Dekompensation gebunden sind, und daß die Schwankungen in der Intensität des psychischen Krankheitszustandes — abgesehen von den bekannten

tageszeitlichen Schwankungen, d. h. der Neigung zu abendlichen und nächtlichen Exazerbationen, wie sie bei den symptomatischen Psychosen überhaupt besteht — einen deutlichen Parallelismus mit dem Steigen und Fallen der Kreislaufstörung erkennen lassen, ist eine geläufige Erfahrung. Gelegentlich ist das Auftreten psychotischer Erscheinungen beobachtet worden, noch ehe irgendwelche Zeichen gestörter Kompensation nachzuweisen waren (*Rosenfeld* nach *Jakob*s Bericht, *Bonhoeffer*, *Leyser*). Eine genauere Funktionsprüfung des Kreislaufapparates mit den modernen Hilfsmitteln, die nicht nur im wesentlichen auf die Konstatierung etwaiger Stauungserscheinungen angewiesen ist (vgl. z. B. *Wollheim*s Feststellungen über die funktionelle Bedeutung der Zyanose und das Verhalten der zirkulierenden Blutmenge bei den verschiedenen Arten der Dekompensation), würde wahrscheinlich auch in solchen Fällen ein enges Gebundensein der psychischen Alterationen an das körperliche Substrat ergeben. Die nicht ganz selten beobachtete Erscheinung, daß erst mit oder nach der Aufsaugung vorhandener Ödeme psychotische Zustände zur Entwicklung kommen (*Eichhorst*, *Ziehen*, *Ascoli*, *Krisch*, *Leyser* u. a.), wird die Annahme toxischer Wirkungen auf das Gehirn nicht mehr als die einzige Erklärungsmöglichkeit erscheinen lassen, so lange nicht andere Folgen der insuffizienten Zirkulation ausgeschlossen sind. Überhaupt hat ja die fortschreitende Kenntnis aufweisbarer Tatsachen der Kreislaufpathologie auch die Bedeutung, den Erklärungsbereich der vielfach durchaus hypothetischen »autotoxischen« Noxe einzuschränken. Natürlich wird man nicht in das andere Extrem verfallen und diese Möglichkeit ganz aus dem Auge verlieren. Mit der Behebung der Zirkulationsstörung (und ihrer eventuellen toxischen Auswirkungen) schwinden auch die psychotischen Erscheinungen. Es sei bemerkt, daß ein Ausgang in den *Korsakow*schen Symptomenkomplex in diesem Zusammenhange anscheinend niemals beobachtet worden ist, jedenfalls nicht in den unkomplizierten Fällen (Arteriosklerose, Gefäßlues!).

Seitdem *Bonhoeffer* auf Grund seiner kritischen Bearbeitung des einschlägigen Materials gezeigt hat, daß die bei Herzkrankheiten mit gestörter Kompensation auftretenden Psychosen sich den exogenen Prädilektionstypen einordnen, ist eine wesentliche Bereicherung der Symptomatologie dieser Bilder nicht zu verzeichnen. Ihre schärfere Heraushebung aus dem oft verwickelten Nebeneinander und Ineinander sonstiger exogener (z. B. arteriosklerotischer) und etwaiger endogener (bes. manisch-depressiver) Symptome, die an dem Aufbau der uns in der Erfahrung entgegentretenden psychotischen Zustandsbilder tatsächlich so häufig beteiligt sind, hat *Leyser* nach den Gesichtspunkten

der *Birnbaum*schen Strukturanalyse zu fördern versucht. Bei aller grundsätzlichen Unabhängigkeit der Gestaltung der symptomatischen Psychosen von der Natur der jeweils zugrunde liegenden Schädlichkeit wird man doch — darauf hat *Bonhoeffer* wiederholt hingewiesen — in zweifacher Richtung erwarten dürfen, daß fortschreitende Erfahrung vielleicht engere Beziehungen aufdecken werde: einmal in der Bevorzugung gewisser Typen aus dem Umkreis der exogenen Reaktionsformen, und sodann in der Ausprägung gewisser Einzelzüge des Zustandsbildes. Zu dem ersten Punkte in bezug auf die Kreislaufpsychosen sich zu äußern, dazu reicht das Material, das wir überblicken, auch heute noch nicht aus. Als ein mehr minder charakteristischer Sonderzug dieser Bilder gilt seit langem die Angst. Unter 12 Begleitpsychosen bei Vitium cordis beobachtete *Bonhoeffer* 5 Delirien mit ängstlicher Färbung, 4 Angstzustände mit Desorientierung. Er gibt der Vermutung Ausdruck, daß ängstlich gefärbte psychotische Zustandsbilder bei Herzdekompensation vielleicht besonders häufig seien. Von anderen Autoren wird das Angstsymptom noch entschiedener in den Vordergrund gerückt. In den 10 hierhergehörigen Fällen, die wir während der letzten 3 Jahre in der Klinik zu beobachten Gelegenheit hatten, wurde es niemals vermißt. Meist bestand bei diesen in der Kreislauffunktion durchweg schwer geschädigten Patienten eine dauernd leicht ängstlich gefärbte Stimmungslage mit spontanen Steigerungen des Angstaffekts und ausgesprochener Neigung zu ängstlichen Reaktionen bei jedweder Inanspruchnahme, oft schon beim bloßen Herannahen an das Bett.

Auf die Stellung des Angstphänomens in dem ganzen Symptomenkomplex, seine Beziehungen zu dem Inhalt der Sinnestäuschungen und der Träume, zu den Situationsmißdeutungen und den auf diesem Boden recht häufig entstehenden Beziehungs- und Beeinträchtigungsvorstellungen kann ich hier nicht näher eingehen. Wenn ich überhaupt diese Erscheinung besonders heraushebe, so geschieht es vor allem deshalb, weil sich dazu in pathogenetischer Hinsicht einiges sagen läßt. Es ist hier nicht die Rede von den psychisch vermittelten Ängsten (richtiger wohl Befürchtungen), die aus mehr minder klarer Einsicht in den eigenen Zustand entspringen und die im allgemeinen um so geringer sein werden, je schwerer sich die körperliche Schädigung im Seelenleben auswirkt, auch nicht von den reaktiven Angststeigerungen, die eine gewisse psychische Verarbeitung von Umwelteindrücken zur Voraussetzung haben. Was ich als Angst kreislaufkranker Menschen hier im Auge habe, ist ein elementares Erlebnis, das in die Reihe der Gemeingefühle (der »Gefühlsempfindungen« *Stumpfs*) gehört und in seiner engen

Gebundenheit an Zustandsänderungen der Organe unmittelbar erfaßt wird. Die bloße Beobachtung am Krankenbett mußte den Gedanken nahelegen, dem Ursprung dieser Erscheinung in zwei Richtungen weiter nachzugehen und die (im engeren Sinne kardiogene) Angst des stenokardischen Symptomenkomplexes, der Angina pectoris, von der Angst bei Dekompensationszuständen des Kreislaufs, wie sie besonders in Verbindung mit Lufthunger, Dyspnoe (Asthma cardiale) in eindrucksvoller Weise sich darstellt, zu unterscheiden. Auf den zuerst genannten Beziehungskreis wird an späterer Stelle einzugehen sein. Über das Angstphänomen im Zusammenhang der Kreislaufinsuffizienz, der unsere bisherigen Betrachtungen galten, haben neuere Forschungen, die gerade die peripheren Kreislauffaktoren stärker in Betracht zogen, weiteren Aufschluß gebracht. Ich denke hier besonders an die Untersuchungen von *S. Wassermann* über den kardio-vaskulären Cheyne-Stokes und die von ihm so genannte »Atemangina« (»Angina respiratoria«). Bei Störungen im Großkreislauf, besonders bei Aortenvitien, kann es, nach *Wassermann*, zu anoxämischen Zuständen kommen, die bisweilen unter dem Bilde des Cheyne-Stokes in Erscheinung treten. Der Sauerstoffhunger der Gewebe (insbesondere des medullären Atemzentrums), die anoxämische Asphyxie, werde nun als Bedrohung des Lebens empfunden und komme als Angst — vom Charakter der primären elementaren Angst — zum Bewußtsein, als Stickangst, die gewissermaßen eine Urempfindung von Mensch und Tier darstelle. Analog der Hunger- und Durstempfindung werde die asphyktische (anoxämische) Angst nach dem Gesetz der exentrischen Projektion in die Brust, vor allem in die Herzgegend lokalisiert. *Wassermann* betont das hyperkinetische Moment, das der Stickangst in besonderem Maße inhärent sei. — Ich kann auf diese hochinteressanten Ausführungen sowie auf weitere Beobachtungen *Wassermann*s über das Vorkommen psychischer Störungen in Verbindung mit dem Cheyne-Stokesschen Atmen bei gewissen Herzkranken, die ihn zur Aufstellung einer »Cheyne-Stokesschen Psychose« als besonderer Zirkulationspsychose Veranlassung geben — wogegen man vom klinischen Standpunkt Bedenken tragen wird —, nicht weiter eingehen. Ich muß mich auch mit einem bloßen Hinweis auf die Arbeiten von *B. Dattner* begnügen, der, diese Grundlage verbreiternd, die funktionellen Beziehungen zwischen neurotischer Angst, Vasomotorium und Kapillarkreislauf aufzudecken sucht, dabei auch Ausblicke in den manisch-depressiven Formenkreis gewinnt und überall auf die Bedeutung von Störungen der inneren Atmung geführt wird. Nicht unerwähnt lassen darf ich die experimentellen Untersuchungen von *Haldane* und von *Barcroft*

über die Atmungsfunktion des Blutes und die Wirkungen der Gewebsanoxämie auf die Psyche, die an Erfahrungen in großen Höhen anknüpfen. Aus den Andeutungen, auf die ich mich hier beschränken mußte, dürfte jedenfalls deutlich werden, daß man auf dem Wege der Erkenntnis der Somatogenese mancher hierher gehörigen psychopathologischen Phänomene in letzter Zeit immerhin ein gutes Stück vorangekommen ist.

Den allgemeinen Kreislaufstörungen ist auch jener Komplex von Erscheinungen zugehörig, der nach seinem hervorstechendsten Merkmal, dem krankhaft erhöhten Blutdruck, als essentielle oder genuine Hypertonie oder auch als »Blutdruckkrankheit« (*v. Bergmann*) bezeichnet wird und der in den letzten Jahren — besonders seit der Wiener Tagung der Deutschen Gesellschaft für innere Medizin im Jahre 1923 — im Vordergrunde des ärztlichen Interesses gestanden hat. Man wird diese Frage im klinischen Zusammenhang allerdings nur unter ständiger Berücksichtigung auch örtlicher Zirkulationsstörungen zweckmäßig behandeln können. — Auch in nicht-internistischen Kreisen hat nunmehr die Erkenntnis Eingang gefunden, daß den mannigfachen Störungen, die man auf Rechnung der Arteriosklerose zu setzen gewohnt war, durchaus nicht immer anatomisch faßbare Wandveränderungen der Gefäße zugrunde liegen, daß es sich dabei vielmehr vielfach um rein funktionelle Zustandsänderungen der Strombahnperipherie, um funktionelle Betriebsstörungen handle. Das gilt insbesondre von demjenigen Symptom, auf das die klinische Diagnose der Arteriosklerose sich vornehmlich stützt: eben von dem arteriellen Hochdruck. An dieser Wandlung der pathogenetischen Anschauung wird auch die Betrachtung jener Seelenstörungen nicht vorübergehen können, die man bis dahin unbedenklich mit der Arteriosklerose in Zusammenhang gebracht hat.

Auf die Entwicklung des Hypertonieproblems und den gegenwärtigen Stand dieser vieldiskutierten Frage genauer einzugehen, würde hier natürlich zu weit führen. Ich darf verweisen auf die Referate, die *Durig* und *Volhard* auf dem eben genannten Kongreß erstattet haben, sowie auf die bekannten Darstellungen von *Pal*, *F. Munk*, *Goldscheider*, *v. Bergmann*, *Kylin* u. a. Aber einige Worte dürften immerhin hier am Platze sein.

Es gilt heute als eine gesicherte Tatsache klinischer Erfahrung, daß die Beziehungen zwischen Arteriosklerose — wie immer man sie anatomisch definieren mag — und Hypertension des Blutdrucks keine obligaten sind. Selbst bei ausgedehnter Gefäßsklerose kann der gemessene Blutdruck annähernd normale Werte aufweisen, während andrerseits beträchtliche Blutdrucksteigerungen beobachtet werden, ohne daß sich Gefäßwandveränderungen von einem Umfange oder in einer Stärke nachweisen

ließen, daß sie dafür als hinreichendes Substrat in Frage kämen. Auch der Befund einer »Arteriolosklerose«, also einer anatomischen Wandveränderung der kleinen und kleinsten arteriellen Gefäße — ein Begriff, der gegenüber den früheren, in den Tatsachen nicht begründeten Anschauungen immerhin als ein Fortschritt zu betrachten war — soll häufig nicht genügen, den Hochdruck im Arteriensystem zu erklären. Man sah sich daher genötigt, auf funktionelle Vorgänge zu rekurrieren. Ich kann unmöglich im einzelnen die Beweisgründe angeben, die für die Auffassung vorgebracht werden, daß der arteriellen Hypertension eine funktionelle Verengerung der peripheren Strombahn (im Gebiet der Arteriolen und Präkapillaren) infolge tonischer Kontraktion der Gefäßmuskulatur und damit vermehrte Kreislaufwiderstände zugrunde liegen. Gestützt auf Tatsachen aus der Physiologie der glatten Muskelfaser (*Grützner, Bethe, v. Uexküll* u. a.) hat vor allem *Pal* die ansprechende Vorstellung entwickelt, daß zu unterscheiden sei zwischen dem erhöhten Ruhetonus der Gefäßmuskeln und ihrer krampfhaften, spastischen Verkürzung, und daß der (permanente) arterielle Hochdruck nicht etwa auf einer Art »Dauerkrampf«, sondern auf einer erhöhten Tonuseinstellung der Muskularis beruhe. Die als Arteriosklerose imponierende Arterienwandverhärtung sei weit häufiger Ausdruck des erhöhten Muskeltonus als anatomischer Wandveränderung des Gefäßrohres. *v. Bergmann* hat die Beziehung zwischen Hypertension — also dem erhöhten Blutdruck — und Hypertonie — der erhöhten Wandspannung des Gefäßrohres — auf die einprägsame Formel gebracht: »Die Hypertension ist die Folge der Hypertonie der kleinen Gefäße«. Nicht eingehen kann ich auf die noch sehr kontroverse Frage nach den Ursachen der Hypertonie, also auf die Bedeutung, die neurogenen, humoral-endokrinen oder in Veränderungen des kolloidalen Zustandes der Gefäß-(Kapillar-) wand selbst gelegenen Faktoren von den verschiedenen Autoren zugeschrieben wird (vgl. dazu bes. die *Kylin*sche Monographie); auch das schwierige Problem: Hochdruck und Niere kann ich hier nur in Erinnerung bringen. Wohl allgemein bekennen Kliniker und pathologische Anatomen sich jetzt zu der Überzeugung, daß, bei genügend langem Bestehen, der funktionelle Zustand der Hypertonie die morphotischen Veränderungen der Arteriosklerose zur Folge haben könne. Das kommt schon in dem älteren, von *Huchard* stammenden Begriff der »Präsklerose« als eines nur durch Blutdrucksteigerung gekennzeichneten Vorstadiums der eigentlichen Sklerose zum Ausdruck. Für den Kliniker ist von besonderem Interesse, daß auch bei ausgebildeter Arteriosklerose funktionelle Momente noch weiter eine große Rolle spielen. Die anatomische Verengerung erscheint oft nicht ausreichend, die

Blutdruckhöhe wie auch die mannigfachen Störungen der Gewebsdurchblutung zu erklären. Dauernde, unter Schwankungen aufrecht erhaltene Gefäßenge und vorübergehende spastische Gefäßkontraktionen müssen, neben den fixen materiellen Veränderungen, als Erzeuger der arteriosklerotischen Krankheitserscheinungen wesentlich am Werke sein. Sie allein erklären die Labilität des Blutdrucks bei hoher Durchschnittslage und seine paroxysmalen Anstiege (»pressorische Krisen«, *Pal*), sie machen auch das so charakteristische Schwanken und Wechseln vieler anderen Züge des Krankheitsbildes verständlicher. Übrigens hat *Anitschkoff* die erhöhte Krampfbereitschaft der arteriosklerotischen Gefäße experimentell nachgewiesen.

Aus den klinischen Symptomen zu entscheiden, ob im gegebenen Falle eine Arteriosklerose oder eine bloße Hypertonie vorliege, wird begreiflicherweise immer eine schwierige und oft unlösbare Aufgabe sein, da grundsätzlich vielleicht alle Störungen, die man der Arteriosklerose zuzuschreiben pflegt, auch durch die Hypertonie als solche zustandegebracht werden können. Es ist wichtig zu bedenken, daß das auch für die zerebralen Herderscheinungen gilt, die ja im Krankheitsbilde der Hirnarteriosklerose ein so hervorstechendes Element darstellen. Gefäßkrämpfe, auf die noch genauer einzugehen sein wird, können, oft unter insultartigem Auftreten, herdförmige Ausfälle entstehen lassen, die sich von den durch anatomischen Gefäßverschluß oder durch Blutung bedingten zunächst in keiner Weise zu unterscheiden brauchen. Übrigens hat schon *A. Pick*, anknüpfend an Vorstellungen von *Huchard*, für gewisse arteriosklerotische Störungen Gefäßspasmen als Ursache in Anspruch genommen. Man wird ja im allgemeinen nicht fehlgehen, wenn man die schwereren Allgemeinerscheinungen und massiveren Herdsymptome der Arteriosklerose als dem fortgeschritteneren Stadium des ganzen Krankheitsprozesses zuschreibt, wenn man vor allem auch daran denkt, daß die angiospastisch bedingten Ausfälle gewöhnlich in weiterem Umfange reversibel sein werden als etwa die auf Gefäßverstopfung beruhenden; aber eine scharfe Grenze wird hier naturgemäß nicht zu ziehen sein.

Das Wissen um die pathogene Bedeutung der arteriellen Hochspannung und um ihr häufiges Vorkommen auch in Lebensaltern, wo man sklerotische Gefäße noch kaum vermutet und jedenfalls gewöhnlich nicht antrifft — ich denke, abgesehen von der wohl nicht allzu häufigen »juvenilen«, z. B. an die klimakterische Hypertension —, weist uns eindringlich auf die Wichtigkeit der Blutdruckmessung hin, die in der neurologischen und psychiatrischen Klinik vielleicht noch nicht überall die gebührende Würdigung gefunden hat. Dabei ist zu betonen, daß die

einmalige Blutdruckmessung, wie sie vielfach noch geübt wird, nur einen sehr geringen oder gar zweifelhaften Wert besitzt, da dem Stadium des fixierten Hochdrucks ein Stadium der Labilität mit oft sehr erheblichen Druckunterschieden vorauszugehen pflegt (und, wie schon angedeutet, weit in die Zeit der anatomischen Gefäßveränderungen hineinreicht), weshalb nur häufig wiederholte Messungen, deren Ergebnisse am besten in Form einer Blutdruckkurve registriert werden (*Fahrenkamp*, *Kylin*), einen wirklichen Einblick in die vorliegenden Verhältnisse ermöglicht.

Das Erwachen des Interesses an der Hypertoniefrage hat es mit sich gebracht, daß sich auch jener Fülle von subjektiven und objektiven Insuffizienzerscheinungen, die als »arteriosklerotische« bekannt sind, richtiger aber oft als »hypertonische« zu bezeichnen wären, die Aufmerksamkeit erneut zugewandt hat (vgl. z. B. *Wenckebach*s meisterhafte Schilderung des »Mannes von 50 Jahren«, ferner *Ludw. Braun*, *Kauffmann*, *v. Bergmann*). Diese Beschwerden und Störungen, die ja zum erheblichen Teil auf seelischem Gebiete liegen, geben der »Psyche des Hypertonikers« ihr unverkennbares Gepräge, sie bilden aber auch den Hintergrund der eigentlich psychotischen Bilder, die wir auf dem Boden der Hypertonie wie der Arteriosklerose erwachsen sehen. Viel zu bekannt, als daß ich sie irgend näher zu schildern hätte, sind jene Zustände, die, neben mancherlei körperlichen Beschwerden wie Eingenommensein des Kopfes, Schwindelgefühl, Ohrensausen, qualvollen Herzsensationen, Schlaflosigkeit usw., in der Hauptsache gekennzeichnet sind durch rasche geistige Ermüdbarkeit, Rückgang der geistigen Ansprechbarkeit und Regsamkeit, Gedächtnisschwäche, Larmoyanz, Stimmungsunbeständigkeit und emotionelle Inkontinenz, Angstattacken usw. bei ausgesprochenem, oft hypochondrisch betontem Krankheitsgefühl. Sie treten oft erst nach einem oder einer Reihe leichterer Insulte mit flüchtigen, vollkommen reversiblen Herdsymptomen deutlicher in Erscheinung. Herdförmige Ausfälle (Paresen, hemianopische, aphasische, apraktische, asymbolische Störungen), die immer wieder durch ihre Rückbildungsfähigkeit überraschen können, aber auch kurzdauernde Bewußtseinspausen, Zustände leichter Benommenheit mit Taumeligkeit und Unsicherheit der Sprache, wobei die Patienten leicht den Eindruck von Betrunkenen erwecken, episodische Verwirrtheiten mit Desorientierung und ängstlicher Stimmungsfärbung oder deliriöse Erregungen pflegen auch den weiteren Verlauf des Leidens zu bezeichnen. Die Erfahrung lehrt nun, daß bei solchen, schon in der ersten Hälfte des fünften Lebensjahrzehnts gar nicht so seltenen Fällen zwar extreme Blutdrucksteigerungen angetroffen werden, daß aber für die Annahme einer echten

Arteriosklerose oft keine klinischen Anhaltspunkte gegeben sind. Die sich leicht ergebende Hilfskonstruktion einer regionären Hirngefäßsklerose entzieht sich natürlich oft der Prüfung auf ihre Richtigkeit; doch sind wohl jedem Fälle bekannt, wo der anatomische Befund am Gehirn mit der Schwere des klinischen Bildes in keiner Weise in Einklang zu bringen ist.

Das Kommen und Gehen der Krankheitserscheinungen und das Schwanken der Intensität bei den mehr dauerhaften Symptomen ist nicht nur der Hypertonie eigentümlich, es findet sich auch bei der ausgebildeten Arteriosklerose in ausgesprochener Weise. Insbesondre gilt das auch für die Erscheinungen der psychischen Sphäre. So bekannt diese Tatsache an sich auch ist, unter dem Eindruck der veränderten Auffassung, die dem funktionellen Faktor in dem ganzen Krankheitsgeschehen die ihm zukommende Stellung einräumt, gewinnt sie offenbar ein erhöhtes Interesse. Bemerkenswert, aber im ganzen wohl weniger bekannt sind Fälle, die zuerst von französischen Autoren (*Dubois*) als »folie alternante«, dann auch von *Scheiber*, *Ennen* u. a. beschrieben worden sind und wohl mit Recht als Erscheinungsformen der Hirnarteriosklerose gedeutet werden. Sie sind durch einen regelmäßigen, oft tageweisen Wechsel von maniakalischer Erregung und Ruhe bzw. depressiver Verstimmung gekennzeichnet. In *Scheibers* gut beobachtetem Falle zog sich dieses tägliche Alternieren der Stimmung, begleitet von Veränderungen auf dem Gebiete der vegetativen Funktionen, durch sieben Jahre hin. Auch bei anderen organischen Hirnerkrankungen, besonders bei der Paralyse (*Mendel*, *Buddeberg*, *Fränkel*), ist ein solcher täglicher Wechsel des Zustandsbildes beschrieben und mit Störungen der vasomotorischen Regulation in Verbindung gebracht worden. Leider ist über das Verhalten des Blutdrucks in solchen Fällen nichts bekannt. Ich erinnere mich nur einen ausgesprochenen Fall dieser Art gesehen zu haben. Fälle, in denen ein solches Alternieren in weniger regelmäßiger Form und vielleicht nur während eines kürzeren Zeitabschnittes zu beobachten ist, sind aber bei der Arteriosklerose wie bei der Hypertonie gar nicht so selten. In diesem Zusammenhange ist auch an das von *Stertz* beschriebene »periodische Schwanken der Hirnfunktion« auf arteriosklerotischer Grundlage zu erinnern.

Der Nutzen, den die klinische Psychiatrie aus der Beschäftigung mit den Tatsachen und Problemen der Hypertonie zu ziehen vermag, wäre verschwindend gering, wenn sich dabei weiter nichts ergäbe, als daß man die Diagnose »Arteriosclerosis cerebri« manchmal durch »Hypertonie« zu ersetzen sich veranlaßt sähe. Ich glaube indessen, daß hier eine wirkliche Vertiefung unserer pathogenetischen Einsicht möglich ist.

Bevor ich in der Erörterung der hier in Betracht kommenden klinischen Komplexe fortfahre, möchte ich etwas näher auf die Frage der Gefäßkrämpfe eingehen, die ich schon wiederholt zu berühren hatte und die auch weiterhin eine Rolle spielen wird. Die Vorstellung, daß spastische Gefäßkontraktionen Störungen der Gewebsdurchblutung mit allen ihren Folgen hervorbringen können, ist durchaus nicht neu; sie mußte durch mannigfache Tatsachen nahegelegt werden. Die Beobachtungen und Deutungen der älteren Autoren (*Huchard, Forlamini, Vaquez* u. a.) sind zuerst von *Pal* (1905) zusammengefaßt und auf eine breitere klinische Grundlage gestellt worden. Er hat den Begriff der »Gefäßkrisen« geschaffen, den Mechanismus der konstriktorischen (pressorischen) und dilatatorischen (depressorischen) Krisen dargelegt und nach ihrer regionären Verbreitung abdominelle, pektorale, zerebrale, Extremitätenkrisen und allgemeine große Gefäßkrisen unterschieden. Seitdem spielt der Begriff des »Angiospasmus« in dem pathogenetischen Räsonnement eine bedeutende Rolle. Zahlreich sind vor allem aber auch die unbezweifelbaren, mehr minder willkürlicher theoretischer Deutung entzogenen Tatsachen, die physiologische und klinische Forschung auf diesem Gebiete aufgewiesen haben. Es sei beispielsweise nur an das intermittierende Hinken und die verwandten Phänomene erinnert (ich verweise auf das ausführliche Ergebnisreferat von *Mendel*, bezüglich der größeren Zusammenhänge vor allem auf die ausgezeichnete Darstellung der lokalen Kreislaufstörungen von *Tannenberg* und *Fischer-Wasels* in *Bethe-Bergmanns* Handbuch der Physiologie). Weit weniger bekannt als in anderen Gefäßprovinzen, vor allem in der Körperperipherie, sind Störungen dieser Art im Gebiete der Hirnstrombahn, wo sie ja der Untersuchung besonders schwer zugänglich sind. Hier ist, wie so oft, die Theorie der Tatsachenkenntnis vorausgeeilt. In einem Kreise von Psychiatern wird man diesen Gegenstand nicht berühren können, ohne dabei der genialen Konzeption von *Meynert* zu gedenken, der bekanntlich die Grunderscheinungen der Manie und der Melancholie auf Änderungen der Blutversorgung des Vorderhirns infolge von Erweiterung und Verengerung der Gehirngefäße zurückführen wollte. Die *Meynert*sche Theorie hat dem Versuche ihrer Verifikation nicht standgehalten, und nur wenige Forscher (*Thalbitzer* und in jüngster Zeit *Nießl v. Mayendorf*) haben sich ausdrücklich zu ihr bekannt. Unverkennbar aber ist die große Anregung, die sie auf das ursächliche Denken in der Psychiatrie ausgeübt hat.

Wenn man die Verhältnisse der Hirnstrombahn näher ins Auge faßt, so erhebt sich natürlich sofort die Frage nach der vasomotorischen Versorgung der Hirngefäße. Sie wissen,

wie umstritten diese Frage heute noch ist, wie wenig noch die bisher vorliegenden anatomischen und physiologischen Ergebnisse zu befriedigen vermögen. Immerhin darf man behaupten, daß auch nach dem gegenwärtigen Stande des Wissens die Annahme einer nervösen Selbststeuerung der Hirngefäße vermöge eigener Gefäßnerven (*Berger*, *Müller* und *Siebeck*, *E. Weber*, *Tigerstedt*, *Ricker* und viele andere) mehr als eine allenfalls erlaubte theoretische Fiktion bedeute, die eigens zum Zwecke einer bequemeren Erklärung der klinischen Tatbestände ersonnen worden ist. Ich möchte in diesem Zusammenhange hinweisen auf die sehr interessanten Feststellungen am Gefäßsystem der Netzhaut, die man ja in vieler Hinsicht mit Recht als einen »Vorposten des Gehirns« bezeichnet hat. Schon *Elschnig* hat vor etwa 30 Jahren bei transitorischer Bleiamaurose mit dem Augenspiegel eine Anämie der Netzhaut infolge von arteriellem Gefäßkrampf beobachten können (ähnliche Beobachtungen bei Migräne, *Raynaud*scher Krankheit usw. sogar schon früher). Unlängst hat *Mylius*, besonders bei der Eklampsie, eine Fülle von ungemein eindrucksvollen funktionellen Änderungen der Gefäßweite spastischen Charakters beschrieben und die verschiedenen Phasen im Photogramm festgehalten.

Daß den Schlaganfällen durchaus nicht immer Blutungen oder organische Gefäßverschlüsse zugrunde liegen (und daß vorhandene Blutungen noch weniger häufig auf erweisbaren Gefäßrupturen beruhen), wird seit längerer Zeit von verschiedenen Seiten gelehrt. Wir alle kennen jene Fälle, wo insultartig aufgetretene Glied- oder Halbseitenlähmungen, Aphasien usw., die zunächst an eine Blutung oder Embolie denken lassen, innerhalb weniger Stunden sich mit allen ihren Erscheinungen zur Norm zurückbilden. *Fr. Kauffmann* spricht von »angiospastischen Insulten«. Die Untersuchungen von *Westphal* und *Bär* haben das Interesse an der Entstehung der Schlaganfälle, gerade von diesem Gesichtspunkt aus, aufs neue belebt. Die Autoren erblicken in ischämischen Ernährungsstörungen des Gehirns infolge örtlicher Gefäßkrämpfe auf der Grundlage des Hypertonus den ausschlaggebenden Faktor in der Genese des Schlaganfalls. Für manche Formen von Schwindelanfällen und Ohnmachten, die »vasomotorischen« Absencen, hat man ja schon seit langem passagere hirnanämische Zustände mit gutem Grunde verantwortlich gemacht. Es ist nicht meine Aufgabe, die anatomischen Fragen zu erörtern. Ich möchte hier nur betonen, daß man, wie ich glaube, von dem Begriff des »Angiospasmus« vielfach einen etwas unbedenklichen, durch die Tatsachen nicht gerechtfertigten Gebrauch macht. *Ricker* verdanken wir einen tieferen Einblick in die ungemein mannigfachen und verwickelten Betriebsstörun-

gen im Gebiete der »terminalen« Strombahn (Kapillaren, Arteriolen und kleinsten Venen). Seine hervorragenden Untersuchungen fordern unsere größte Beachtung. —

Welches sind nun weiter die ins psychiatrische Gebiet fallenden klinischen Komplexe, die durch solche Betrachtungen in ihrer Pathogenese einige Aufklärung erfahren können? Ich denke zunächst an gewisse Zustände, die man früher insgesamt als »urämische« gedeutet hat, und die man auch jetzt noch aus praktisch-klinischen (und historischen) Gründen im Zusammenhang mit der Urämie behandelt, sodann an die Eklampsie.

Die Aufteilung des alten Krankheitsbildes der »Urämie« in eine Reihe nach Symptomatologie und Pathogenese verschiedener Einzelbilder ist längst Gemeingut der Klinik geworden. Soweit ich sehe, hat besonders die *Volhard*sche Lehre, die wohl zum ersten Male das Urämieproblem in seinem ganzen Umfange zu erfassen versucht, in ihren wesentlichen Aufstellungen jetzt überall Eingang gefunden. Nach *Volhard* haben wir zwischen der »echten« und der »falschen« Urämie zu unterscheiden. Der echten (renalen) Urämie liegt in jedem Falle eine Niereninsuffizienz zugrunde, die zu einer Überschwemmung des Organismus mit harnpflichtigen Schlacken des Eiweißstoffwechsels führt (daher auch die Bezeichnung »azothämische« Urämie); Indikator ist in der Hauptsache die Erhöhung des Reststickstoffspiegels im Blute. Die falsche (extrarenale) Urämie kommt dagegen auch ohne Niereninsuffizienz zustande, sie hat an sich zur Niereninsuffizienz und Harnvergiftung keine ursächliche Beziehungen, kann sich aber der durch Funktionsstörung der Nieren bedingten echten Urämie hinzugesellen, wodurch die Mischformen entstehen. Die falsche Urämie läßt nun weiter eine akute Form, die hauptsächlich durch Krampfanfälle gekennzeichnet ist und daher als »eklamptische« oder »Krampfurämie« bezeichnet wird, und eine chronische Form, die im engeren Sinne sogenannte »Pseudourämie« unterscheiden. Die Erscheinungen der falschen Urämie haben sämtlich ihr Substrat in Kreislaufstörungen, während es sich bei der echten Urämie um eine Autointoxikation handelt, (in deren Pathogenese allerdings Zirkulationsstörungen einen wesentlichen Faktor darstellen). Die echte Urämie gehört also nicht in den engeren Zusammenhang unserer Betrachtung.

Das pseudourämische Syndrom erweist sich nun in symptomatologischer Hinsicht als identisch mit den Zustandsbildern, die wir bei der mit Hirnerscheinungen einhergehenden essentiellen Hypertonie bzw. Arteriosklerose antreffen. Das gilt bezüglich der Allgemeinsymptome wie der Herdsymptome, die hier wie dort in (zunächst meist transitorischen, dann

aber auch häufig irreparablen) Mono- und Hemiplegien, Amaurosen und hemianopischen Ausfällen (offenbar häufig kortikaler Natur), aphasischen, apraktischen, astereognostischen Erscheinungen usw. bestehen. Auch der zugrunde liegende pathogenetische Mechanismus wird als identisch angesehen: Hypertonie und angiospastische Ischämie auf dem Boden der Hypertonie. Der Grund, den »pseudourämischen« Komplex besonders herauszuheben, liegt offenbar nur darin, daß hier auch Nierensymptome im Krankheitsbilde vorhanden sind bzw. im Vordergrunde stehen und damit Anlaß zu differentialdiagnostischen Erwägungen geben können, womit übrigens keineswegs gesagt sein soll, daß der Hochdruck in diesen Fällen als ein »nephrogener« zu betrachten sei. Die Mehrzahl der Kliniker steht wohl heute auf dem Standpunkt, daß die Nierenveränderungen nicht Ursache, sondern Folge des Hochdrucks sind und mit den zerebralen Störungen in einer Reihe stehen, daß das gesamte Krankheitsbild die Erscheinungsform einer allgemeinen (ursprünglich funktionellen) Gefäßalteration darstelle.

Die eklamptische Urämie ist charakterisiert durch den großen epileptiformen Anfall und das Koma sowie durch herdförmige transitorische Reiz- und Ausfallserscheinungen und die »eklamptischen Äquivalente« (*Volhard*): Kopfschmerz, Erbrechen, Benommenheit, motorische Unruhe. Das klinische Bild der eigentlichen Eklampsie zeigt damit völlige Übereinstimmung. In dem besonderen Zusammenhange, in dem hier davon die Rede ist, wird es erlaubt sein, die Eklampsie und die Krampfurämie gemeinsam zu betrachten; es ist immerhin wahrscheinlich, daß der den zerebralen Phänomenen zugrunde liegende Mechanismus, der als deren nächste Ursache in Frage kommt, bei beiden der gleiche ist. Auf die entfernteren Ursachen und damit auf das diffizile Problem der Eklampsiegenese einzugehen, habe ich weder Grund noch Fähigkeit. *Volhard* nimmt an, daß »der eklamptische Symptomenkomplex bei der Schwangerschaftseklampsie in derselben Weise zustandekommt wie die Krampfurämie bei der akuten Nephritis, nämlich durch Hirnanämie bzw. -asphyxie infolge von angiospastisch bedingtem Hirnödem und Hirndruck, und daß genau wie bei der Nephritis auf der Grundlage der allgemeinen Gefäßreaktion und des Hirndrucks die Krämpfe gewöhnlich ausgelöst werden durch Extrasteigerungen des Blutdrucks«. Die historische Entwicklung dieses Standpunktes zu verfolgen, in der die Frage der Angiospasmen eine hervorragende Rolle spielt (*Forlanini*, *Pal*, *Vaquez*, *Osler*, *Rosenstein*, *Wernich*, *Schröder*, *Osthoff*) kann nicht meine Aufgabe sein; auch bezüglich der bekannten *Zangenmeister*schen Lehre von der Eklampsie, die in manchen Hauptpunkten der *Volhard*-

schen Auffasung verwandt ist, muß ich mich mit einem bloßen Hinweis begnügen. In dem großen, von *Hinselmann* herausgegebenen Eklampsiewerk wird die Frage der ursächlichen Bedeutung der Angiospasmen beim Zustandekommen der eklamptischen Symptome von den verschiedensten Seiten her beleuchtet.

Die psychotischen Bilder bei den verschiedenen »Urämie«-Formen sowie bei der Eklampsie sind, besonders seit *Bonhoeffers* grundlegender Darstellung, bekannt. Sie entsprechen in ihren Hauptzügen durchaus den psychischen Syndromen anderer exogener Ätiologie. Wir finden hier einfach soporöse Zustände oder Sopor mit deliranten Beimengungen, förmliche Delirien, Dämmerzustände, amentielle, stuporöse, halluzinoseartige Zustandsbilder; furibunde Erregungen episodischer Art können sich einschalten, auch katatone Symptome (Verbigeration, Stereotypien) sind gar nicht selten. Eine Unterscheidung der einzelnen Formen allein auf Grund der psychischen Symptomatologie ist natürlich kaum möglich. Doch verdient immerhin hervorgehoben zu werden, daß bei der echten, renalen Urämie erheblichere psychische Störungen in Form der komplizierteren psychotischen Bilder relativ selten sind, was auch von *Volhard* und von *Ewald* betont wird. Hier steht die (toxische) Schläfrigkeit im Vordergrunde, die oft ganz allmählich in das schließliche Koma überleitet und von kurzdauernden Verwirrtheitszuständen und deliriösen Erregungen durchsetzt sein kann. Eine allgemeine Schwäche und Hinfälligkeit, Kopfschmerz, dyspeptische Beschwerden, Schlaflosigkeit, Stumpfheit oder Morosität, Abnahme der Initiative gehen dem Auftreten der schwereren psychischen Veränderungen als Ausdruck der schleichenden Vergiftung meist längere Zeit voraus. Gelegentlich (*E. Meyer*) ist die Verlaufsform des Delirium acutum beobachtet worden. Bei der eklamptischen Urämie treten die bald mehr deliranten, bald dämmerzustandsartigen oder amentiellen Psychosen vor oder nach dem Krampfanfall oder auch freistehend, als »eklamptische Äquivalente« auf. *Bonhoeffer* hebt hervor, daß die Dämmerzustände in der Art ihres Auftretens sowie in ihrer symptomatologischen Ausgestaltung die innere Verwandschaft mit den epileptischen Dämmerzuständen erkennen lassen und in bemerkenswerter Häufigkeit von retrograder Amnesie gefolgt sind. Das habituelle psychische Bild und die psychotischen Steigerungen bei der chronischen Pseudourämie entsprechen, wie gesagt völlig den zerebralen Erscheinungskomplexen der genuinen Hypertonie und der Arteriosklerose. Von den 7 Begleitpsychosen bei urämischen Erkrankungen, die wir in den letzten Jahren in der Klinik beobachten konnten, gehörten 3 der echten Urämie, 3 dem eklamptischen Typus an; einmal wurde die Diagnose

»nephrogener Hochdruck« gestellt (hier handelte es sich wohl um eine pseudourämische Erkrankung). Unter den 7 eklamptischen Psychosen, die innerhalb von 4 Jahren in der Klinik zur Aufnahme kamen, sahen wir 4 delirante Zustände, 1 Dämmerzustand, einmal ein Bild, das sich in der Mitte zwischen Amentia und Dämmerzustand hielt. Einmal entwickelte sich aus dem ursprünglichen symptomatologischen Delir heraus ein katatones Bild, das, wie der weitere Verlauf einwandfrei ergab, als eine schizophrene Psychose zu beurteilen war. Einzelne katatone Züge konnten wir bei Eklampsie-Psychosen mehrfach beobachten. In 3 Fällen war eine über das Geburtsereignis zurückreichende retrogade Amnesie festzustellen.

Beiden Formen der »falschen« Urämie und der Eklampsie gemeinsam ist das häufige Vorkommen von zerebralen Herdsymptomen. Ihre Verbindung mit den Allgemeinerscheinungen kann, wie wiederholt ausgesprochen worden ist, Bilder erzeugen, die mit der progressiven Paralyse weitgehende symptomatologische Ähnlichkeiten aufweisen. *Bonhoeffer*, *Ewald*, *Volhard* haben derartige Fälle beschrieben. Urämische Attacken können als paralytische Anfälle imponieren. Schwierigkeiten kann auch die Differentialdiagnose gegenüber den Gehirntumoren bereiten (»Pseudotumoren«), um so mehr, als Niereninsuffizienzzeichen bei der (unkomplizierten) falschen Urämie ja ebenfalls fehlen. Wir sahen bei einer tödlich verlaufenden eklamptischen Psychose kurz ante exitum einmal eine Halbseitenlähmung auftreten. In einem anderen Falle haben die zahlreichen Herderscheinungen längere Zeit an einen Hirntumor denken lassen. Passagere oder bleibende zerebrale Herdsymptome sind bei eklamptischen Psychosen früher z. B. von *Heilbronner*, *v. Hösslin*, *Kutzinski*, *Quensel*, *Sittig* beschrieben worden. Besonders bemerkenswert ist ein Fall von *Benedek* mit transitorischer und dann rezidivierender Hemiplegie, der bei der Obduktion keine gröberen Veränderungen und keine Blutungen aufwies. Die bei kardialer Dekompensation auftretenden Bilder unterscheiden sich von den hierher gehörigen in der Regel durch das Fehlen bzw. Zurücktreten der herdförmigen Reiz- und Ausfallserscheinungen. Was bei den arteriosklerotischen Psychosen seit langem als charakteristisch bekannt ist: die mosaikartige Zusammensetzung des Bildes aus einer Mannigfaltigkeit umschriebener Einzelsymptome auf der Grundlage einer allgemeinen psychischen Alteration, ist für den ganzen Umkreis dieser, wegen der Beteiligung des Gefäßsystems pathogenetisch zusammengehöriger, Syndrome bis zu einem gewissen Grade kennzeichnend.

In den hier betrachteten Zusammenhang einzustellen sind auch die Symptome der chronischen Bleivergiftung (oder

jedenfalls eine Reihe derselben), deren Gefäßabhängigkeit ja besonders früh erkannt worden ist. Die Lehre von den Gefäßkrämpfen ist wesentlich von den Erfahrungen bei Bleikranken ausgegangen. Das Hirnbild des chronischen Saturnismus, der »Encephalopathia saturnina«, mit seinen transitorischen und permanenten Ausfallserscheinungen, den Krämpfen und den episodisch auftretenden Psychosen zeigt weitgehende Übereinstimmung mit den zerebralen Syndromen der Hypertonie und Arteriosklerose bzw. den pseudourämischen Zuständen. Bei der Kohlenoxydvergiftung, die nicht mit dem Nachlassen der unmittelbaren Giftwirkung alsbald zum Abklingen kommt, sondern — in unmittelbarem Anschluß an die akuten Erscheinungen oder nach einem Intervall scheinbarer Genesung — zu den bekannten schweren Nachkrankheiten mit den mannigfachen zerebralen Herdsymptomen führt, ist die Beteiligung des Gefäßapparates durch anatomische Befunde sichergestellt. Auf sie einzugehen ist nicht meine Aufgabe. Wieweit funktionelle Gefäßstörungen hier im Spiele sind, ist vom klinischen Standpunkt aus noch schwer zu beurteilen. *Pohlisch* hat neuerlich wieder auf vasomotorische Phänomene in Gestalt von Parästhesien, Schwächezuständen in den Beinen, die an das intermittierende Hinken erinnern, Schwindelanfällen, kollapsartigen Zufällen aufmerksam gemacht, die in der Rekonvaleszenz auftreten und lange Zeit bestehen bleiben können. Die schubweisen Schwankungen des Krankheitsprozesses während der ersten Wochen und Monate bei den nicht gleich zur Ausheilung kommenden Fällen hat schon *Sibelius* mit Zirkulationsstörungen bei der Arteriosklerose verglichen. Für das genetische Verständnis des Krankheitsprozesses, insbesondere des Zustandekommens des Intervalls, scheint uns von besonderer Wichtigkeit die Analogie mit dem von *Ricker* festgestellten Verlauf der Mesothoriumwirkung: auch hier schiebt sich zwischen die »Erst-« und die »Zweitwirkung« des Agens ein Intervall von Tagen bis Wochen ein. *Ricker* erklärt sich diesen Tatbestand durch eine nach dem Abklingen der ursprünglichen Reizung zurückgebliebene Erhöhung der Vasomotorenerregbarkeit, die dann die Grundlage für die Spätfolgen abgibt. — Mag auch auf diesem Gebiete noch vieles weiterer Klarstellung bedürftig sein, wir können jedenfalls *Pohlisch* beistimmen, wenn er meint, daß wir hier der Annahme einer Störung des Gesamtstoffwechsels als ursächlichen Faktors nicht bedürfen.

Im letzten Jahrzehnt ist die Frage nach der Entstehung der Hirnerschütterungsfolgen in Beziehung zu örtlichen Kreislaufstörungen, die ja bekanntlich schon von *Kocher* aufgeworfen und in großem Umfange bejaht wurde, mit ständig wachsendem Interesse erörtert worden. Auch hier ging die Anregung

wesentlich von der *Ricker*schen Lehre von der Bedeutung des Strombahnnervensystems aus. *Ricker* führt die postkommotionellen makro- und mikroanatomischen Befunde am Gehirn auf Kreislaufstörungen zurück, die vom mechanisch gereizten Gefäßnervensystem des Gehirns hervorgerufen werden. Er faßt das Spätauftreten gewisser Hirnerschütterungsfolgen, das seit *Bollinger*s berühmter Abhandlung über die »traumatischen Spätapoplexien« viel Beachtung gefunden hat, als »Ausdruck einer von der mechanischen Reizung bewirkten, langwierigen Erhöhung der Erregbarkeit des Strombahnnervensystems« auf, »die, Begleiterin der postkommotionellen Psychose, auf sonst unwirksame oder fast unwirksame äußere (mechanische) und innere (amechanische, auch amaterielle, nämlich psychische) Reizungen Spätkreislaufsänderungen entstehen läßt, unter denen auch Blutungen, auch massige, vorkommen«. Veränderungen der vasomotorischen Erregbarkeit im Gefolge von Hirnkommotionen sind ja auch dem Kliniker hinreichend bekannt. Von großem klinischen Interesse ist die Analogie im Auftreten der Spätfolgen bei der Hirnerschütterung und bei der Kohlenoxydvergiftung (wie auch nach Mesothoriumeinwirkung). Auch hier habe ich auf die anatomischen Befunde und Fragestellungen, die, gerade wegen ihres Beherrschtseins von funktionellen Gesichtspunkten, zur klinischen Forschung in engster Beziehung stehen, nicht einzugehen. Wenn an solche Bemühungen von mancher Seite vielleicht die Erwartung geknüpft wird, daß sie zu einer Revision unserer Auffassung der sog. »traumatischen Neurose« führen möchten, indem sie für psychogene Phänomene schließlich doch gewisse materielle Substrate aufzeigten, so beruht das natürlich auf einer Verkennung des Wesens der Psychogenese. Nicht eine Verschiebung der Grenze zwischen den psychogenen und den somatogenen Erscheinungen im Sinne einer Gebietserweiterung der somatogenen Sphäre wird sich als der erwartete Erkenntnisgewinn herausstellen, sondern eine genauere Einsicht in den Entstehungsmechanismus der somatogenen, »organischen« Symptome körperlicher wie natürlich auch psychischer Art.

Die Annahme, daß in der Pathogenese der migränösen Zustände funktionelle Kreislaufstörungen (vorwiegend örtlichen Charakters) einen maßgebenden Faktor bilden, findet in der Erfahrung manche Stütze. Ich brauche hier nicht auf die vielen, der Beobachtung sich leicht darbietenden Erscheinungen in der Körperperipherie einzugehen, die, in Verbindung mit dem Migräneanfall oder auch interparoxysmal, bei Migränikern auftreten können und die Beteiligung des Gefäßsystems außer Frage stellen. Die Übertragung solcher Erfahrungen auf die Hirnstrombahn liegt nahe und findet in den verschiedenen Theorien der

Migräne ihren Ausdruck. Dabei ist ohne weiteres klar, daß in zerebralen Zirkulationsstörungen allenfalls das unmittelbare Substrat der hemikranischen Symptome erfaßt wird, und daß auch die Annahme einer vasolabilen Konstitution (»angiospastischen Diathese«, *Wieting*) nicht hinreicht, das Auftreten der Anfälle zu erklären; dazu müssen entferntere Ursachen angenommen werden, und man wird sie wohl am ehesten in pathologischen Stoffwechselvorgängen, in Störungen des »Neurometabolismus« (*Flatau*) suchen. Ob der den Anfällen zugrunde liegende nächste Mechanismus nun in spasmodischen Gefäßkontraktionen (»zerebralen Gefäßkrisen«) und konsekutiven Anämisierungen gewisser Hirnteile besteht, wie gewöhnlich angenommen wird, oder ob auch andere Kreislaufstörungen (Liquortranssudation usw.) dabei eine Rolle spielen, wofür manches spricht, wird bis auf weiteres noch dahingestellt bleiben müssen. Mit der Annahme umschriebener zerebraler Kreislaufstörungen ist auch das Auftreten herdförmiger passagerer Ausfallssymptome, die — wie bei den früher erörterten klinischen Komplexen — bei den schweren Formen der Migräne bekanntlich nicht selten angetroffen werden, am besten zu erklären.

Psychische Störungen im Rahmen der Migräne, von den leichten Alterationen, die während des Paroxysmus kaum jemals vermißt werden, bis hin zu förmlichen psychotischen Attacken, sind genugsam bekannt. Im Anfall der vulgären Migräne werden außer der charakteristischen gemütlichen Verstimmung und Reizbarkeit auch Ideeninkohärenz, unmotivierte Ängstlichkeit, psychomotorische Unruhe und gelegentlich schreckhafte Sinnestäuschungen beobachtet. Wo, wie nicht selten (*Flatau*), ausgesprochene Depressionszustände während oder außerhalb der Anfallszeiten auftreten, ist wohl stets an eine zyklothyme Komponente in der Veranlagung zu denken. Tiefergehende Bewußtseinsstörungen sind ungewöhnlich; leichte Benommenheit und flüchtige Umdämmerungen, in denen, wie uns mehrfach von Patienten berichtet wurde, Gedankendrängen und subjektive Hypermnesie bestehen, auch das Erlebnis des déjà vu auftreten kann, kommen vor. In der Literatur der Migräne-Psychosen findet sich manches, was offenbar nicht in diesen Zusammenhang gehört (vgl. die Zusammenstellungen und kritischen Besprechungen bei *v. Krafft-Ebing*, *Flatau*, *Ranzow*). Unter den Psychosen, die tatsächlich auf dem Boden der Migräne erwachsen, herrschen die Dämmerzustände vor; daneben begegnet man Delirien und halluzinatorischen Verwirrtheitszuständen. Sie treten gewöhnlich in zeitlichem Zusammenhang mit dem hemikranischen Anfall auf, im Beginn oder gewöhnlich auf der Höhe desselben einsetzend, aber auch prä-, post- oder interparoxysmal. Aphasische und andere Herd-

symptome komplizieren nicht ganz selten das Bild der Migräne-Psychose. Die Ähnlichkeit mit den epileptischen Psychosen ist seit *Féré* oft betont worden.

Wir beobachteten eine Patientin, die innerhalb von 5 Jahren siebenmal in die Klinik aufgenommen wurde, und die neben einer Reihe vollentwickelter Delirien eine große Zahl leichterer deliranter Episoden durchgemacht hat. Die einzelnen Auftritte, die im wesentlichen immer dasselbe Bild boten, begannen akut mit Kopfschmerzen, oft halbseitiger Lokalisation, und wiederholtem Erbrechen; manchmal bestanden auch Augensymptome in Gestalt von Flimmern u. ä. Dazu gesellten sich Parästhesien und motorische Paresen vom Typus der Pyramidenbahnläsion, *Jackson*sche Anfälle und aphasische Symptome. Alle diese sehr häufig wiederkehrenden Krankheitserscheinungen auf psychischem wie auf körperlichem Gebiete bildeten sich jedesmal zur Norm zurück. Seit etwa einem Jahr ist die Patientin, abgesehen von einigen ganz leichten Attacken (Parästhesien in einzelnen Gliedabschnitten), davon verschont geblieben. Ein nicht minder ausgeprägter Fall ist von *Schob* und in seinem weiteren Verlauf (nebst anatomischem Befund) von *Hilpert* mitgeteilt und von den Autoren als der schweren Migräneform zugehörig aufgefaßt worden. Hier handelte es sich um eine Erkrankung, die sich durch Jahrzehnte hinzog und in deren Verlaufe mehrfach psychotische Episoden in Form von Dämmer- oder Verwirrtheitszuständen mit Sinnestäuschungen aller Art oder Verfolgungsideen sowie mit passageren zerebralen Herdsymptomen auftraten. Einen weiteren hierhergehörigen Fall haben wir während der letzten $1^1/_2$ Jahre klinisch verfolgt: Bei einer 29jährigen Frau, die mit Migräne belastet und behaftet ist, traten in häufiger Wiederholung flüchtige Paresen und Parästhesien auf — letztere, wie durch die kapillaroskopische Untersuchung wahrscheinlich zu machen war, z. T. auf peripheren Gefäßstörungen beruhend; ein ängstlich gefärbter Dämmerzustand, der einige Tage anhielt, führte sie in die Klinik. In der Literatur weisen mancherlei Angaben auf ähnliche Tatbestände hin. Es sind »kongestive« und »angiospastische Dämmerzustände« (*Ziehen*) beschrieben und manche Fälle der »Mania transitoria« (*Griesinger*) der älteren Psychiatrie wohl mit Recht mit Störungen der vasomotorischen Regulation in Verbindung gebracht worden. Die bei idiopathischem Hydrozephalus beobachteten transitorischen Geistesstörungen werden in diesen Zusammenhang einzuordnen sein. So hat z. B. *Schröder* zwei Fälle von periodisch auftretender psychischer Erkrankung mit allerlei organischen Zügen mitgeteilt, die er auf hydrozephale Schwankungen zurückzuführen geneigt ist. Vielleicht ist hier auch ein Hinweis auf die »episodischen Dämmer-

zustände« *Kleists* erlaubt. In seltenen Fällen wird eine Differentialdiagnose zwischen einer reversiblen Kreislaufstörung und einem fortschreitenden organischen Hirnprozeß, auch einem Hirntumor, nur auf Grund einer längeren Verlaufsbeobachtung möglich sein.

Es läge nahe, hier auf den epileptischen Formenkreis und seine Beziehungen zu zirkulatorischen Störungen einzugehen. Ich unterlasse es, weil erst vor 2 Jahren *O. Foerster* und *Spielmeyer* in ihrem Düsseldorfer Epilepsie-Referat sich eingehend über diesen Gegenstand geäußert haben.

Nur kurz und gewissermaßen anhangsweise komme ich noch auf die psychischen Alterationen zu sprechen, die mit der Angina pectoris und mit den Störungen des Herzrhythmus zusammenhängen. Die krankhaften Körpervorgänge, die hier die Grundlage bilden, gehören, wie ohne weiteres deutlich, einem ganz anderen Kapitel der Kreislaufpathologie als die bisher betrachteten an. Mit größerem Geltungsanspruch als die Erörterung der Beziehungen zwischen Herzdekompensation, richtiger Kreislaufdekompensation, und Seelenstörungen können wir diese Betrachtung unter die Überschrift: »Herz und Psyche« stellen.

Eins der führenden Symptome, nach manchen Klinikern sogar das führende Symptom bei der Angina pectoris — gleichviel, ob es sich um die »echte«, durch organische Veränderungen im Kranzadersystem bedingte, oder um die »vasomotorische« Form handle — ist die Angst. Wenn wir auch über das körperliche Substrat dieser Angst wohl noch nicht genau unterrichtet sind, darüber besteht jedenfalls kein Zweifel, daß in ihr das krankhafte Geschehen am Herzen selbst sich in der Psyche reflektiert. *Ludwig Braun*, dem wir besonders schöne und eingehende Studien über diese Frage verdanken, bezeichnet die Angst geradezu als die »spezifische Empfindung, den spezifischen Sinn des Herzens« (ähnlich vor ihm schon *Breuer*). Sie gehört in die Klasse der Organempfindungen bzw. Gemeingefühle (»Gefühlsempfindungen«). Wie alle diese Bewußtseinsinhalte wird sie als eine lokalisierte Gegebenheit erlebt, als an die Herzgegend gebunden. Von den noch innerhalb der Gesundheitsbreite liegenden präkordialen Angstsensationen führt eine kontinuierliche Reihe bis hin zu der schwersten »stenokardischen« Angst und dem »Vernichtungsgefühl« des anginösen Paroxysmus. Von der gegenständlichen Angst bzw. der Furcht ist dieses elementare, an sich und jedenfalls ursprünglich nicht gegenstandsbezogene Erlebnis durchaus zu unterscheiden; es kann aber, indem es der weiteren psychischen Verarbeitung unterliegt, den Ausgangspunkt für ängstliche Vorstellungsreihen, den Kern der Angsteffekte und

die Quelle von Angsthandlungen bilden. Diese Beziehungen darzulegen, würde die Aufgabe einer besonderen phänomenologischen Untersuchung sein, die auch darüber Aufschluß erwarten ließe, ob die »Herzangst« gegenüber der »Stickangst« — von der sie, wenn auch wie diese »somatogenen« Ursprungs, genetisch wohl unterschieden werden muß — auch in phänomenaler Hinsicht eine Sonderstellung einnimmt.

Daß die Angsterregung im Anfall der Angina pectoris sich ins Psychotische steigern kann, ist seit langem bekannt. *Braun*, der geradezu von einer »Herzangstpsychose« spricht, führt dafür eine Reihe eindrucksvoller Beispiele an. Im Gefühl des unentrinnbaren Todes, der völligen Rat- und Hilflosigkeit werden die Kranken von einer qualvollen Unruhe und Unrast ergriffen, sie werden bettflüchtig, drängen nach Hause, entwickeln einen bei ihrem schweren körperlichen Zustande gänzlich unangebrachten Tätigkeitsdrang, die Gedanken verwirren sich oder jagen einander in einer als entsetzlich empfundenen Hast, plötzlich einschießende Impulse, die sich gegen die Umgebung oder gegen das eigene Leben richten, können die Ordnung des Handelns stören. Bei der reinen Angina pectoris dürften solche hochgradigen, verworrenen Angstzustände nicht eben häufig sein; öfter begegnet man ihnen jedenfalls bei gleichzeitigem Bestehen einer schweren Kompensationsstörung des Kreislaufs. Zuweilen schon nach den ersten Attacken, gewöhnlich aber erst nach häufigerer Wiederholung (*Braun*), kann eine eigenartige Dauerveränderung der ganzen psychischen Persönlichkeit platzgreifen. Die Kranken werden verzagt, unsicher, kleinmütig, weinerlich, sie werden ständig von hypochondrischen Befürchtungen und Todesahnungen geplagt, Beziehungs- und Beeinträchtigungsideen stellen sich nicht selten ein, ja es kann sich ein förmlicher paranoischer Zustand etablieren — und zwar nicht nur auf dem Boden einer entsprechenden Persönlichkeitsartung, aber vielleicht nur unter Begünstigung durch das höhere Lebensalter. Überall sieht man die Angst durchschimmern; sie ist überhaupt, nach *Braun*, »das wesentliche Merkmal der Herzpsyche«. Bekanntlich hat *Stransky* eine gewisse Gruppe von »Angstpsychosen« auf Herzaffektionen, die mit präkordialen Angstempfindungen einhergehen, zurückzuführen versucht, indem er annimmt, daß durch solche Affektionen die sensiblen Herznerven in einen abnormen Reizzustand versetzt werden, der, bei einem dazu disponierten Gehirn, die Grundlage für die Entstehung einer »Angsthalluzinose« abgeben könne. (*Bonhoeffer* ist dieser Auffassung entgegengetreten mit dem Hinweis, daß dieser hypothetische sensible Reizzustand, der zu den abnormen Herzsensationen führen soll, bei neuropathischen Individuen viel eher vorauszusetzen

wäre als bei den eigentlich Herzkranken, daß man indessen nicht sagen könne, daß derartig Belastete zur Entwicklung solcher Psychosen besonders disponiert seien). Ob ein »Halluziniert-werden« von Angstempfindungen anzunehmen sei, wie *Stransky* glaubt, oder ob man richtiger nur von einer psychischen Verarbeitung kardiogener Mißempfindungen zu sprechen habe — was wohl wahrscheinlicher ist —, mag dahingestellt bleiben. Hier eröffnet sich der Blick in das Gebiet der sog. Angstpsychose, deren mannigfache Bilder und klinische Beziehungen uns besonders durch die Monographie von *Forster* bekannt geworden sind. Ihre nosologische Stellung näher zu umschreiben, hieße den Rahmen dieses Referats überschreiten. Wie immer man sich zu diesem *Wernicke*schen Begriff stellen mag, so viel ist jedenfalls deutlich, daß man ihn zweckmäßigerweise nur da in Anwendung bringen wird, wo eine in ihrem Kern organische, somatogene — und vielleicht noch spezieller als asphyktisch oder stenokardisch zu qualifizierende — Angst das Bild beherrscht.

Die mit den Rhythmusstörungen des Herzens, den Störungen der »Eurhythmie« (*Braun*) zum Bewußtsein kommenden ungewöhnlichen Sensationen — die angstbetonte Empfindung der Extrasystole, der kurze, blitzartige Schwindel der kompensatorischen Pause, der heftige postkompensatorische Stoß in der Herzgegend — dürften hier nur insofern eine Rolle spielen, als sie von entsprechend beanlagten Individuen in hypochondrischer Weise überwertet oder sonstwie »thymogen« verarbeitet werden können. Ich sehe dabei ab von den dem *Adams-Stokes*schen Symptomenkomplex zugehörigen Alterationen der Psyche, die besonders zu erörtern wären.

Von den zuletzt betrachteten Erscheinungskomplexen abgesehen, die, wie gesagt, in einen anderen genetischen Beziehungskreis fallen, haben unsere Erörterungen sich auf eine Gruppe von Krankheitszuständen bezogen, deren Zusammengehörigkeit durch die allen gemeinsame Beteiligung des Gefäßsystems, insbesondre durch Betriebsstörungen im Gebiete der Hirnstrombahn, gegeben ist. Man würde übrigens das hier in Betracht zu ziehende körperliche Substrat offenbar nicht in seinem ganzen Umfange erfassen, wollte man über die zerebralen Zirkulationsstörungen die übrige Strombahnperipherie vernachlässigen, von deren Funktionszustande das Gehirn irgendwie Kenntnis erlangen kann (insofern gehört also auch die Angina pectoris in diesen Zusammenhang).

Wenn verschiedenartige exogene Schädlichkeiten sich in einer zusammengehörigen Vorgangsreihe auswirken, die in dem ganzen pathogenetischen Wirkungskreise jedenfalls als ein dem

eigentlichen Hirngeschehen sehr nahestehendes Zwischenglied zu betrachten ist, so erscheint es begreiflich, daß auch die entsprechenden psychischen Krankheitsbilder sich als innerlich verwandt darstellen. So unerlaubt vorschnelle, den Boden der Empirie verlassende Verallgemeinerungen wären, die zirkulatorische Störungen als eine bequeme, weil schwer kontrollierbare Hypothese benutzten, so sehr liegt eine Vereinheitlichung der pathogenetischen Grundlagen auf diesem Gebiet in der Richtung unseres Kausalbedürfnisses. Die vorhandenen Differenzen der psychotischen Syndrome dürften, wie schon hervorgehoben, nicht auf unterschiedliche Kreislaufzustände zurückzuführen sein, vielmehr liegt es nahe, die Erklärung dafür von einem weiteren Ausbau des Lokalisationsprinzips zu erwarten — wobei man heute nicht mehr, oder mindestens nicht mehr ausschließlich, an eine »landkartenmäßige« Lokalisation der Gehirnfunktionen denken wird. Dieses Problem habe ich hier nicht weiter zu verfolgen. Weit mehr als in der Erörterung theoretischer Zusammenhänge habe ich meine Aufgabe darin erblicken zu sollen geglaubt, die Beziehungen eines psychiatrischen Teilgebietes zur klinischen Nachbardisziplin zur Darstellung zu bringen.

Das anatomische Korreferat Professor *Spielmeyers* über dasselbe Thema wird in der Zeitschrift für die ges. Neur. u. Psych. veröffentlicht.

Über echte Kombinationen epileptischer und schizophrener Symptomkomplexe[1]).

Von

Carl-Heinz Rodenberg.

(Mit einem Stammbaum).

Schon mehrere Arbeiten der älteren und jüngeren Forschung befaßten sich mit der Frage, ob Kombinationen von Psychosen im allgemeinen und von epileptischen und schizophrenen Symptomen speziell möglich sind; jedoch fällt bei der Bearbeitung und dem Vergleich dieser einzelnen Abhandlungen auf, wie wenig einheitlich besonders die Ansichten der älteren Autoren in der Beurteilung dieser Fragen sind, weichen sie doch in ihren Meinungen teilweise recht bedeutend voneinander ab. — (Siehe *Giese:* Über klin. Beziehung zwischen Epilepsie und Dementia praecox.) — Auch jüngere Autoren stehen dieser Kombinationsmöglichkeit mit größter Skepsis gegenüber, da auch ihnen die Wirklichkeit der Existenz solcher Kombinationen zum großen Teil durchaus nicht erwiesen scheint, wenn sie sie auch theoretisch nicht ablehnen.

Es ist jedoch nicht die Aufgabe dieser Arbeit, die verschiedenen Fragestellungen, ob evtl. die epileptischen Symptome als Ausdruck der Dementia praecox anzusehen sind, oder aber ob vielleicht die Dementia praecox eine Variante im Verlauf der epileptischen Krankheitserscheinungen darstellt, ob es sich also um eine atypische Epilepsie handelt usw., zu verfolgen und zu erschöpfen, auch soll hier nicht näher darauf eingegangen werden, inwieweit bei später reinen schizophrenen Psychosen in der Kindheit epileptische oder allgemein nervöse und neurotische Äquivalente (Spasmophilie, Bettnässen, Schwindel, Pavor nocturnus usw.) anamnestisch gefunden wurden und umgekehrt (*Giese*), — sondern es sollen hier nur kurz die Forderungen verschiedener Autoren einleitend gestreift werden, durch deren Erfüllung eine Verbindung der genannten Krankheitsbilder über-

---

[1]) (Aus der Psychiatrischen Klinik der Universität Marburg. — Direktor: Prof. *E. Kretschmer.*)



haupt erst gerechtfertigt erscheint, — und dann die klinische Betrachtung eines eigenartigen Krankheitsfalles anschließend durchgeführt werden, der im November 1926 in der Marburger Universitätsnervenklinik und späterhin in der Landesheilanstalt Marburg genauer beobachtet wurde, und schon wegen seines eigenartigen, fast künstlich zusammengestellt wirkenden Stammbaums einiges Interesse verdient.

In der älteren Literatur sind die Ansichten über das Bestehen derartiger Kombinationen, wie z. B. Epilepsie und Paranoia, ziemlich geteilt, wobei unter den Begriff der Paranoia auch zum Teil die Dementia praecox fällt. — Nach *Giese* nimmt zum Exempel die französische Schule (*Magnan-Respaut*) an, daß sich neben den epileptischen Seelenstörungen sehr wohl ein »Délire chronique« entwickeln könnte, wobei die Epilepsie auf Belastung, das Bild des Délire chronique aber auf den Alkohol zurückgeführt wird.

Deutsche Autoren entscheiden sich meist mehr für einen losen Zusammenhang zwischen Epilepsie und Paranoia; — die Epilepsie bereitet den Boden vor für die spätere Paranoia usw. Siehe *Giese*.

Andere wieder glauben eine Kombination von genuiner Epilepsie mit einer anderen Psychose nicht glattweg ablehnen zu dürfen, oder sie halten eine Kombination von Epilepsie und Katatonie für möglich, wollen aber nicht den Übergang von einer Psychose in die andere befürworten.

Stransky verlangt in seiner »Lehre über kombinierte Psychosen«, daß jeder der beiden Symptomenkomplexe mindestens eine längere Zeit isoliert zu bestehen hätte, ehe man von Kombinationen reden könnte, und er stellt zwei Typen auf, von denen er den einen den simultanen, den anderen den sukzessiven Typus nennt. —

Es sei mir gestattet, nach diesen kurzen Vorbemerkungen gleich zu dem Hauptthema der Arbeit überzugehen und den Verlauf des Falles eingehender zu schildern, wie er sich zur Zeit der Beobachtung in der Marburger Universitätsnervenklinik und weiterhin in der Landesheilanstalt Marburg abspielte, da ja diese Arbeit nicht den Anspruch darauf erhebt, die verschiedenen Möglichkeiten und Fragen, wie sie oben kurz angedeutet wurden, in wissenschaftlicher, kritischer Beweisführung abzuhandeln und zu erschöpfen, sondern mehr als Mitteilung eines klinisch interessanten Falles anzusehen ist.

Zweckmäßig erscheint es mir, der Schilderung der bloßen Krankengeschichte schon aus rein technischen Rücksichten, wie auch zur Erleichterung der ganzen Übersicht, die für die Beurteilung des Falles nicht unwichtige und in ihrer klaren Schei-

dung in zwei ganz rein herausgebildete Erbkreise ebenso interessant wie reizvoll anmutende Familienamnese, auch in schematischer Darstellung, vorauszuschicken.

Diese anamnestischen Angaben wurden zusammengestellt aus den wiederholt übereinstimmenden Berichten der verschiedensten Familienmitglieder.

Dabei mögen auch die väterliche und die mütterliche Linie getrennt abgehandelt werden.

Erbkreis der väterlichen Linie:

Der Großvater neigte etwas zum Jähzorn, war sehr religiös, im allgemeinen gutmütig, still und ruhig.

Die Großmutter sehr religiös, streng, ungeduldig, dabei arbeitsam und gutmütig.

Deren Kinder, zu denen auch der Vater des Patienten gehört, sind fast alle epileptoide Persönlichkeiten; eine Tochter hatte zeitlebens manifeste epileptische Anfälle, die auch bei ihren Kindern in Erscheinung treten. Sie hatte etwa von ihrem 16. Lebensjahre an zeitlebens alle 4—6 Wochen Anfälle (drehte sich im Kreis herum, schlug hin, war bewußtlos, tonisch-klonische Zuckungen, Zungenbiß, starker Schweißausbruch), anschließend starker Ermattungszustand, Terminalschlaf. Späterhin auch während der anfallsfreien Zeit merkwürdige, zuckende Unruhe der Extremitäten. Die früher gutmütige, heitere und gesellige Frau wurde langsam immer stiller, unfreundlicher und reizbarer. Tod an Tbc.

Ähnliche Anfälle auch bei ihrer Tochter zwischen dem 10. und dem 20. Lebensjahr (Krämpfe, Bewußtlosigkeit usw.).

Ihr Sohn soll während eines Anfalls jung gestorben sein. Vier Söhne sind jähzornige, hitzige, leicht reizbare, grobe Menschen, dazu strebsam, pedantisch und ordnungsliebend. Einer ist besonders leichtsinnig und gesellig, trinkt recht viel: ein toller, lustiger Kerl. Alle sind alkoholintolerant. 2 andere, darunter auch der Vater des Patienten, sind unauffällig, höflich, freundlich, strebsam.

Das Resultat der Erhebungen ergibt so einen Erbkreis, in dem fast ausschließlich epileptoide Persönlichkeiten vorhanden sind, und mehrfach manifeste Epilepsie beobachtet wurde.

Ganz anders der Erbkreis der mütterlichen Linie.

Die Urgroßmutter des Patienten soll geisteskrank gewesen sein. — Sie endete durch Selbstmord.

Der Großvater war schon früher immer ausgesprochen autistisch, menschenscheu, aufgeregt und ängstlich, äußerst geizig und reizbar. Er war angeblich zweimal je ein halbes Jahr lang geisteskrank, dabei äußerst erregt, ängstlich, verkroch sich in

dunkle Ecken, glaubte sich verfolgt, meinte, man wolle ihm sein Hab und Gut stehlen, Verarmungsideen; neigte zu ganz abrupten Handlungen, war suizidal. Dann eine Reihe von Jahren im ganzen unauffällig. Vom 60. Lebensjahre an Anfälle von kurzer Bewußtlosigkeit — sank in sich zusammen, stierte vor sich hin, — keine Krämpfe, dazu eine Art von Schlafsucht: schlief, wo er ging und stand, schlief ein beim Mittagessen, während der Unterhaltung usw. Kurz vor seinem Tode, im 84. Lebensjahr abermals Geistesstörung: heftige Angst, Verfolgungs- und Beeinträchtigungsideen, suizidal. Seine Frau war ungeheuer streng, lieblos, sehr scheu, oft zornig erregt, hochgradig geizig, entsetzlich hab- und raffgierig. Eine ihrer Töchter wird für eigenbrötlerisch, neidisch und scheu ausgegeben; deren Sohn litt an Krämpfen und starb schon vor seinem vollendeten ersten Lebensjahr daran (Spasmophilie?) Eine zweite Tochter, die Mutter unseres Patienten, ist ebenfalls schwer belastet. Sie ist ein Siebenmonatskind, äußerst mißtrauisch und scheu, eigenbrötlerisch und unfreundlich, neidisch, fühlt sich dauernd übervorteilt, — meinte kürzlich, die Nachbarn melkten ihre Kühe mit dem Handtuch, usw.

Die einzige Schwester des Patienten ist sehr eigensinnig, arbeitstüchtig, aber arbeitsunwillig, — ungesellig, leicht erregt, verträgt keinen Widerspruch — äußert Beziehungsideen: die Leute sähen ihr auf der Straße nach.

Der jüngere Bruder des Patienten hatte seit dem 4. Lebensjahr oft 10—20mal am Tag Anfälle, war nur kurze Zeit ab und zu anfallsfrei (Status epilepticus): dämmerte so dahin, wurde immer weniger, starb mit 18 Jahren im Anfall.

Eine charakterologische Schilderung des Patienten ist zum großen Teil mit in den Bericht des Krankheitsverlaufs eingeflochten, damit Wiederholungen möglichst vermieden werden.

Es folgen nun die wichtigsten Daten der Krankengeschichte an Hand kurzer Tagesnotizen.

Patient ist 27 Jahre alt, von Beruf Bauhilfsarbeiter, war bis zum 15. Lebensjahr gesund, immer sehr feinfühlig, autistisch, brav, pedantisch und ordnungliebend. Etwa seit dem 15. Lebensjahr epileptische Anfälle, die gelegentlich der Löscharbeiten bei einem Brande zum ersten Male auftreten (ton.-klon. Zuckungen, Bewußtlosigkeit, Schaum vor dem Mund, Zungenbiß, Terminalschlaf, anschließend oft starke Kopfschmerzen). Dauer eines solchen Anfalles einige Minuten. Freies Intervall: 14 Tage, vier Wochen und länger. Ausgelöst früher mehrfach durch Aufregung, — auch bei Witterungsumschlag —, meistens jedoch ohne äußere Ursache. Anfälle seit etwa 2 Jahren nicht mehr so heftig —, »oft nur so ein Zittern, nur so im Stehen«. Letzter Anfall vor der Einlieferung am 30. Oktober 1926. Kein Alkohol, kein Nikotinabusus. Dazu zunehmende Reizbarkeit und Gedächtnisschwäche.

Sc utter (m) ♀ f
rhängte sich

♀ d

vater (m)

armungs- u. Verfol-
stlich, leicht erregt,
tmordabsicht. Nei-
dlungen. — Vom 60.
plötzlicher Bewußt-
bensjahr abermals
ungs- u. Beeinträch-
geizig, Schlafsucht.
II. rdideen.

4. Großmutter (m)

sehr streng, schroff
gefühlskalt, lieblos
sehr scheu, zornig erregt
geizig, hab-raffgierig

♂ h

ruder

gesellig
atsinnig
viel in
llschaft
tmütig.

11. ♀ d

Schwester der Mutter

eigenbrötlerisch, scheu
neidisch

III.

♂ a

In epileptische
Am Tag. —
um lsfrei. (Status
im Anfall. —
Sei ruhig. —
tig.

ne Schübe

6. ♂ i

Sohn

Krämpfe (Spasmophilie).
$^3/_4$jährig im Anfall gestorben.

m = mütterlicherseits
v = väterlicherseits.



Tag der Einlieferung in die Klinik: 1. November 1926.

Patient antwortet äußerst langsam, schwerfällig, klebt am Thema, macht ungenaue, oft nicht sinngemäße Angaben in verschrobener Art, wiederholt vielfach die Satzenden. Körperlich somatisch und neurologisch im allgemeinen o. B.

Tagesnotizen.

3. Nov. 1926. Patient ist stark negativistisch, gesperrt, spricht mit niemand, steht die ganze Nacht regungslos hinter seinem Bett, leistet heftigen Widerstand gegen jeden Versuch, ihn ins Bett zu bringen; sagt nach langem Fragen: Kann sich der ins Bett legen, der damit etwas gemacht hat? Verweigert die Nahrungsaufnahme, verhält Urin und Stuhl, geht schließlich doch zum Abort, bleibt davor stehen und läßt unter sich.

5. Nov. 26. Nimmt Nahrung zu sich, setzt sich mitten in der Nacht plötzlich im Bett auf, wendet den Kopf in rhythmischen Bewegungen von einer Seite auf die andere; zeitweise Schnauzkrampf, spuckt um sich. Läßt sich nur kurze Zeit durch Anruf fixieren und fährt dann in seinen gleichmäßigen, stereotypen Bewegungen fort. Noch deutlich negativistisch; Katalepsie fehlt.

6. Nov. 26. In der Nacht vom 5. auf den 6. typischer großer Anfall. Seitdem stark erregt, schreit laut, singt unzusammenhängendes Zeug und klatscht den Rhythmus dazu mit den Händen. Starker Negativismus. (Wie heißen Sie)? Wie, wann, wo, was, — ich war nicht bei der Mutter, wir werden es schon zu dem Anstreicher, ihr Lieben, da ginge ich schon hin, — ich ginge zu meinem Kopf hin usw. (Wo sind Sie her)? Marburg, — die Mutter: (In welchem Hause)? — das weiß ich nicht.

8. Nov. 26. (Vorstellung in der Vorlesung). Starker Erregungszustand, stereotyp, rhythmische Bewegungen, krampfhaft, klatscht in die Hände, reibt sie, bohrt in den Ohren herum usw. (Wie heißen Sie)? — Richard W. — Richard H., und ist sie klein, bitte, bitte, bitte, schneller Friedrich D., Otto D. usw. — (Perseveriert stark). (Wo sind Sie hier)? — Ich bin, wo ich bin. — Meine Mutter, Mutter Herr Dr. (Wer ist das)? (Wärter). — Den kenn ich gut, gut, gut, — Ewald R. schrieb er sich. (Was für Leute sind das hier)? (Studenten): — Hirte, Hirte, Hirte. — usw.

20. Nov. 26. Ständig negativistisch und gesperrt, kataleptisch, zeitweise lautes, heiseres Gebrüll; — dann völlig stuporös, muß gefüttert werden.

30. Nov. 26. Etwas ruhiger, größere Abstände zwischen den lauten Zeiten; immer noch gesperrt.

1. Dez. 26. Antwortet auf Fragen, ißt selbst auf Aufforderung hin.

5. Dez. 26. Aus dem Bett aufgestanden, Bild des umständlichen, klebrigen Epileptikers.

7. Dez. 26. — Wird nachts unruhig, schimpft in umständlichen Reden vor sich hin.

12. Dez. 26. Stark erregt, weinerlich, — inhaltlose Reden, — starkes Grimassieren.

15. Dez. 26. Etwas ruhiger, umständlich, weinerlich.

17. Dez. 26. Wird heute in die Landesheilanstalt Marburg verlegt.

Während seines ganzen Aufenthaltes in der Marburger Universitätsklinik zeigt also der Patient zweifellos das Bild einer akuten Seelenstörung,

das sich im Anschluß an eine seit seinem 15. Lebensjahr bestehende Epilepsie plötzlich sehr charakteristisch herausentwickelt. — Nur ein oder zwei Anfälle, und eine zeitweise deutlicher hervortretende, klebrige Umständlichkeit deuten auf die Epilepsie hin, während die schizophrene Veränderung mit ihrer kraß ausgeprägten Symptomenreihe (wie Stupor, Katalepsie, Stereotypie usw.) durchaus in den Vordergrund tritt.

Auch bei seiner Überweisung in die Landesheilanstalt Marburg am 17. Dezember 26 ist der Patient zunächst sehr gesperrt, liegt starr und steif im Untersuchungsbett, grimassiert stark und gibt nur vereinzelte, völlig unverständliche Laute von sich. Es erscheint unmöglich, in irgendwelchen Konnex mit ihm zu kommen.

20. Dez. 26. Derselbe Zustand; liegt in eigenartig starrer Haltung, grimassiert, zittert zeitweise am ganzen Körper, besonders wenn man sich dem Bett nähert. — Ist nicht recht ansprechbar. —

28. Dez. 26. Immer noch unklar, desorientiert, spricht ab und zu in weinerlichem Ton: Seine Leiche sei so verpestet, — das wäre doch traurig, wenn seine Eltern den Sarg aufmachten, und er so stänke.

1. Jan. 1927. In der Nacht zwei epileptische Anfälle. — Vom 5. Januar 27 ab ändert sich nun langsam, aber auffallend das ganze Krankheitsbild. — Die schizophrene Veränderung wird mehr und mehr in den Hintergrund gedrängt, die psychotische Komponente klingt mehr und mehr ab, und zurück bleibt nur das Wesen eines typisch veränderten Epileptikers in seiner hypersozialen, überhöflichen, umständlich-klebrigen Art.

5. Jan. 27. Patient wird langsam klarer, begrüßt den Arzt mit einer klebrigen Höflichkeit, redet äußerst umständlich und langsam, fragt nach seinen Eltern und nimmt an seiner Umgebung teil.

12. Jan. 27. Gibt umständlich und schwerfällig Auskunft, — weiß, wann er in die Nervenklinik gekommen ist usw.

13. Jan. 27. In der Nacht um 2 Uhr epileptischer Anfall, beginnt mit lautem Aufschreien, danach Zuckungen am ganzen Körper. — Zungenbiß.

26. Jan. 27. Weiterhin psychisch freier und interessierter. — Langsam, umständlich, schwerfällig.

8. Febr. 27. Verstimmt, unzufrieden, gereizt.

17. Febr. 27. Besonnen und orientiert, — schreibt geordnete Briefe. Stimmung schwankt, — oft empfindlich und mißmutig. — Unterhält sich mit anderen Patienten; schläft gut. — Wird heute auf Wunsch des Vaters entlassen.

Im vorliegenden Falle handelt es sich also um einen Kranken, bei dem augenscheinlich eine deutliche erbliche Belastung vonseiten beider Eltern nachzuweisen ist, die in der Persönlichkeit unseres Patienten eine eigenartige Mischung von Charaktereigenschaften zustande kommen läßt, und die durch die Vermengung der in beiden Elternfamilien fast rein herausgezüchteten Anlagen diesem seltsamen Krankheitsbild zur Entstehung verhilft, bei dem bald der eine, bald der andere Typus mehr in den Vordergrund rückt.

In der väterlichen Linie begegnen wir fast durchweg nur

epileptoiden Charakteren, einer Häufung von epileptoiden Persönlichkeiten, in die hier und da einzelne Träger genuiner Epilepsie eingesprengt sind, bei denen die Art ihrer Anfälle eindeutig als echt epileptisch festgestellt werden konnte.

Sie lassen sich auch hier leicht in zwei verschiedene Gruppen einordnen. Die einen sind sehr bodenbeständige, an der Scholle klebende, traditionsgebundene Menschen, und versuchen durch zähen Fleiß und mit bis zur Pedanterie gesteigerter Ordnungsliebe sich und ihre Familie vorwärts zu bringen.

Die anderen sind reizbar, neigen zu jähem aufbrausendem Zorn, zu plötzlichem heftigem Dreinschlagen und zu scheinbar unmotivierten, ärgerbetonten Verstimmungen.

Eine übertriebene Religiosität — Bigotterie — ist in der Aszendenz nirgendwo ausgeprägt zu finden, sie zeigt nur eine merkwürdig einheitliche Durchfärbung mit teils hypersozialen, teils explosiven Typen.

Dagegen finden wir in der Aszendenz des mütterlichen Erbkreises vorwiegend schizoid-anästhetische Persönlichkeiten.

Der Großvater des Patienten war hochgradig ängstlich, geizig, autistisch usw., dessen Frau hartherzig, geizig, streng, lieblos, hab- und raffgierig, — und die Geschwister der Mutter des Patienten waren eigenbrötlerisch, menschenscheu, mürrisch, geizig und abgünstig wie sie selbst.

Fast kurios mutet es an, daß die einzige Schwester des Patienten fast rein schizoid, der einzige Bruder epileptisch ist (er starb im Status epilepticus), während der Patient selbst in verschiedenen Phasen beide Anlagen zu »krank« zur ausgeprägten manifesten Krankheit heraus entwickelt.

Es soll nicht versäumt werden, zum Schluß diese drei Phasen noch einmal in toto kurz herauszuschälen und scharf zu entwickeln:

Die erste Phase erstreckt sich von seiner Geburt bis zu seiner Einlieferung in die Marburger Nervenklinik, — also bis zu seinem 26. Lebensjahre.

Die Charakterfärbung ist vorwiegend epileptoid:

Als Kind ist er sehr brav, ordentlich und ruhig; in seiner Schulzeit fast pedantisch, äußerst fleißig, höflich und freundlich. Zu Beginn der Pubertät im 15. Lebensjahr treten die schon näher beschriebenen epileptischen Anfälle auf, dazu verändert sich sein Charakter mehr und mehr zu dem eines Epileptikers, er wird immer pedantischer, klebrig in seinem Wesen, umständlicher und schwerfälliger in seiner mit endlosen Phrasen verzierten Redeweise. Doch auch in der früheren Persönlichkeit sind bei genauer Betrachtung schon einzelne praepsychotisch-schizoide Stigmen eingestreut. Patient neigte zum Autismus, der,

wenn auch nicht deutlich ausgeprägt, doch schon sichtbar hindurchschimmert durch die dominierende Masse der epileptischen Eigenschaften. Er ist ruhig und still, sehr eigen und empfindlich, man kann ihn als hyperästhetisch bezeichnen. Von einer völligen Latenz der schizoiden Symptome kann also nicht die Rede sein. Dann tritt plötzlich als zweite Phase, fast ohne jeden Übergang, für die Dauer von 2 Monaten eine eindeutig schizophren gefärbte Seelenstörung hervor, ein echter schizophrener Schub von annähernd rein katatonem Gepräge.

Katalepsie, Stupor, Stereotypien und Grimassieren stehen für ca. 8 Wochen im Vordergrund. Irgendwelche epileptische Anfälle treten nicht auf, Bewußtseinstrübungen werden nicht beobachtet, denn die Katamnese ergibt, daß völlige Erinnerung an den Krankheitszustand vorhanden war. Auf letzteren Punkt ist zur Differentialdiagnose gegen einen gewöhnlichen epileptischen Dämmerzustand besonderes Gewicht zu legen.

Bei der Nachuntersuchung am 1. Aug. 1927 und am 22. Sept. 1927 bietet der Patient das typische Bild eines Epileptikers. — Er ist äußerst höflich, — sehr linkisch und umständlich in seinen Bewegungen — und redet in langsamer, schwerfälliger, verschrobener Sprache.

Dazu kommt nun als Residuum des katatonen Verwirrungszustandes ein sehr lebhaftes Grimassieren, besonders während der Unterhaltung, gepaart mit ganz plötzlichen, anscheinend ganz unwillkürlich auftretenden, eckigen, abgehackten Bewegungen, die vor dem Auftreten der Psychose niemals beobachtet wurden.

Patient erinnert sich vieler Einzelheiten, die während der Psychose um ihn herum vor sich gegangen sind.

Er weiß genau, daß er seinen Mund in einer Art Schnauzkrampf verzog, oftmals um sich spuckte und dazu rhythmische Bewegungen machte usw.

Diese klare Erinnerung spricht gegen einen durchgemachten epileptischen Dämmerzustand.

Nur ganz am Anfang dieser Psychose wird ein großer epileptischer Anfall festgestellt (am 6. Nov.), und diesem folgt dann eine ausgesprochene katatone Erregung mit starkem Negativismus, Katalepsie, Stupor und Grimassieren. In der Mitte der Psychose hellt sich die Psyche für einige Tage auf, Patient macht einen ausgesprochen epileptischen Eindruck, um dann bis zum Ende der 8. Woche wieder dem schizophrenen Zustandsbild Platz zu machen.

Darauf tritt der Patient in die dritte Phase seiner Entwicklung ein.

Unter gehäuften epileptischen Anfällen (vier kurz hintereinander) bildet sich der schizophrene Schub, allerdings etwas langsamer, als er aufgetreten ist, aber immerhin noch recht schnell, mehr und mehr zurück, um schließlich fast völlig hinter dem Bilde der epileptischen Persönlichkeit zu verschwinden.

Der Patient steht wieder vor uns in seiner distanzlosen Höflichkeit, ist mehrfach unlustbetonten Verstimmungen unterworfen; schwülstig und umständlich wie in seinem Wesen, ist er auch in seinen verschrobenen und seltsam sentimentalen Briefen an seine Eltern, die ganz mit stimmungsvollen Naturbetrachtungen ausgefüllt sind.

So scheint es, als ob von seiner Schizophrenie fast gar nichts, und von der schweren Epilepsie nur die epileptoide Charakterveränderung in vertiefter und verstärkter Form zurückgeblieben wäre, denn Anfälle sind seit seiner Entlassung nicht wieder aufgetreten.

Und doch ist diese epileptoide Persönlichkeit jetzt mit postschizophrenen Zügen vermischt, denn das heftige Grimassieren, sowie die Neigung zu der unbeholfenen Eckigkeit und Steifigkeit in den Bewegungen, müssen doch wohl als postschizophrener Defekt angesehen werden.

Es nimmt nicht weiter wunder, daß nur derartige psychomotorische Residuen zu konstatieren sind, wenn man bedenkt, daß während des ganzen akuten Schubs gar keine Andeutungen von Ideen der Persönlichkeitsspaltung, von Neigung zu symbolisierenden Betrachtungen, kurz von irgendwelchen schizophrenen Wahnbildungen zu finden sind.

So liegt der Fall wohl ziemlich eindeutig klar:

Zwei scharf ausgeprägt herausgezüchtete Familiencharaktere der väterlichen und der mütterlichen Familie vermischen sich in der Person unseres Patienten derartig, daß bald der eine, bald der andere Typus in Persönlichkeits- und Krankheitsentwicklung mehr in den Vordergrund rückt.

Meines Erachtens spricht die ganze Art des Aufbaues in der Krankheitsentwicklung unseres Patienten, des Aufbaues aus den Erbanlagen des fast reinen väterlichen und mütterlichen Erbkreises durchaus dafür, daß eine Kombination von Epilepsie und Schizophrenie auch praktisch möglich ist, und ich glaube annehmen zu können, daß für unsere heutige erbbiologische Betrachtungsweise irgendwelche Bedenken, diese Annahme als richtig zu bezeichnen, nicht mehr bestehen.

Die Frage, ob eine heterogene Symptomengruppe als primär oder sekundär, als echt oder unecht, als gleichwertig oder ungleichwertig anzusehen und zu bewerten ist, spielt wohl jetzt mehr eine untergeordnete Rolle, und würde schließlich zur Über-

spitzung und Überdifferenzierung von Anschauungen und Begriffen und zu ergebnislosen Streitereien führen.

Hier jedenfalls scheint mir recht eindringlich hervorzugehen, daß zwei selbständige endogene Symptomenkomplexe durchaus frei nebeneinander auftreten und sich endlich in sehr interessanter Weise vermischen.

Literaturverzeichnis.

Kretschmer. Körperbau und Charakter.
Mauz. Zur Frage des epileptischen Charakters.
Giese. Über klinische Beziehungen zwischen Epilepsie und Schizophrenie. Zeitschr. f. ges. Neur. u. Psych. Bd. 26—27.
Bleuler. Über Epilepsie und Dementia praecox. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 65.
Stransky. Zur Lehre von den kombinierten Psychosen. — Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 63.
Vorkastner. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 71, 1914.
Hoffmann. Vererbung und Seelenleben.
Hoffmann. Nachkommen von endogenen Psychosen.
Gaupp. Zur Frage der kombinierten Psychosen. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 61. Seite 404.
Kahn. Schizoid und Schizophrenie im Erbgang.

Die Arbeitstherapie [1]).

Von

Obermedizinalrat Dr. **Fr. Utz**-Gabersee.

Mit 1 Kurve.

Wenn die Vorstandschaft unseres Vereines die »Arbeitstherapie« als Referatsthema für die heurige Tagung bestimmt hat, so wird sie das ohne Zweifel in dem einschränkenden Sinne gemeint haben, daß die jetzt eben im Brennpunkt des Interesses stehenden, sich an den Namen *Simon* knüpfenden anstaltstherapeutischen Bestrebungen einer zusammenfassenden und zugleich kritischen Besprechung unterzogen werden sollen. Denn das Thema nach allen Seiten hin auszuschöpfen, wäre in der zur Verfügung stehenden Zeit ein Ding der Unmöglichkeit. Ich muß mir daher auch versagen, auf die zum Teil sehr interessanten wissenschaftlichen Anschauungen über Wesen und Wirkungsweise der Arbeitstherapie näher einzugehen und werde mich in der Hauptsache auf die Fragen beschränken, welche sich bei der praktischen Durchführung in der Anstalt uns aufdrängen.

Daß die Arbeitstherapie an sich etwas uraltes ist, wurde schon oft hervorgehoben. Erst kürzlich wieder hat *Schulte*[1] darauf aufmerksam gemacht. Er zitiert u. a. aus einer im Jahre 1829, also gerade vor 100 Jahren, erschienenen Abhandlung aus dem Juliushospital in Würzburg Sätze, die zeigen, in welcher ganz modern anmutenden Weise sich auch in Bayern die alten Irrenärzte schon mit dieser Frage beschäftigt haben: »In einer Irrenanstalt ist das notwendigste psychiatrische Mittel Beschäftigung... Der Zweck aller Beschäftigungsarten an einer Irrenanstalt kann... kein anderer sein, als der, zur Heilung der Kranken nach Maßgabe mitzuwirken. Um dies zu erreichen hat man dreierlei Arten der Beschäftigungen vorgeschlagen, nämlich a) Arbeiten überhaupt, b) Unterricht, c) Unterhaltung durch Spiele oder auf eine andere Art.«

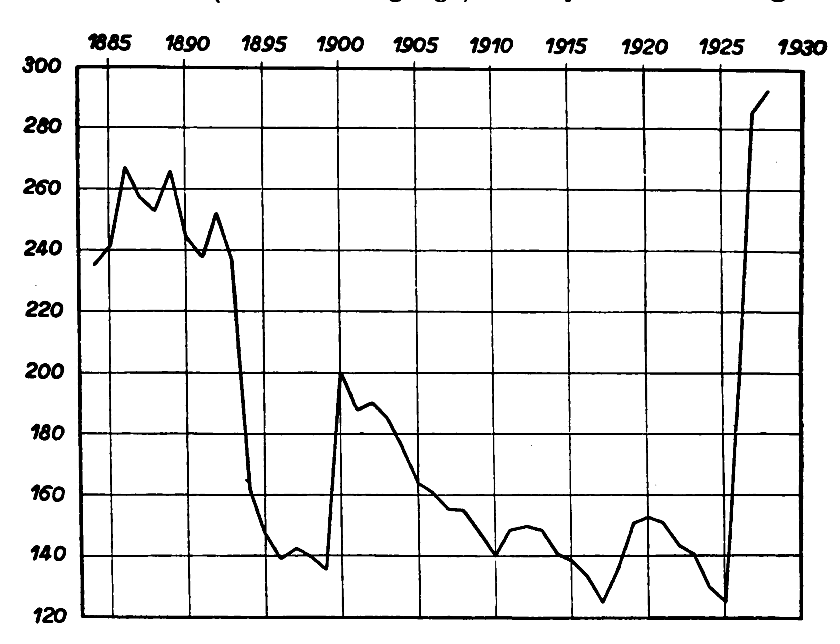
---

[1]) **Referat bei der Tagung des Vereins bayer. Psychiater am 13. und 14. Juli 1929.**



Die weitgehende Verwirklichung dieser Bestrebungen in den 80er Jahren in Altscherbitz und anderswo ist bekannt. Weniger bekannt dürfte sein, daß auch in Bayern zu dieser Zeit die Arbeitstherapie in ausgedehntester Weise betrieben wurde: In Gabersee, das 1883, wenige Jahre nach Altscherbitz und nach dessen Muster als koloniale Anstalt eröffnet worden war, wurden damals unter *Bandorf* fast 90% aller Kranken beschäftigt, insbesondere auch die Frisch-Erkrankten und die Erregten, die tagsüber aufs Feld und an die sonstigen Arbeitsstätten geschickt wurden, während sie nachts in ihren Zellen lärmten.

Auf 1 Kranken (einschl. Bettlägerige) trafen jährlich Arbeitstage:



Die Kurve zeigt den hohen Beschäftigungsgrad der damaligen Zeit in Gabersee. Sie ist in der Weise gewonnen, daß die Gesamtzahl der jährlich geleisteten Arbeitstage durch den Jahresdurchschnittsbestand geteilt wurde, wodurch sich die durchschnittliche Jahresleistung eines Kranken ergibt. Bei Annahme von 300 Arbeitstagen im Jahre läßt sich die Beschäftigungsprozentzahl daraus leicht ableiten.

Trotz der guten Erfahrungen, die man schon damals allenthalben mit der ausgedehnten Beschäftigung machte, trat sie in den 90er Jahren allmählich etwas in den Hintergrund. (Für

Gabersee ist dieser Rückgang sehr deutlich aus der Kurve zu sehen.)

Worauf diese teilweise Abkehr vom Beschäftigungsprinzip zurückzuführen ist, läßt sich nicht mehr sicher feststellen. Wahrscheinlich erhoffte man sich von der Bett- und Bade-Behandlung, die auf Anregung *Neißer*s sich immer mehr Anhänger erwarb, noch weitergehende Erfolge.

Im Jahre 1890 hatte *Neißer*[2] bekanntlich auf dem Berliner internationalen medizinischen Kongreß unter dem Beifall der Versammlung die These aufgestellt: »Die Bettruhe ist das souveräne Mittel zur Bekämpfung der psychischen Erregungszustände! Die Bettbehandlung aller aufgeregten Geisteskranken verschafft der Irrenanstalt erst vollends den Wert und auch äußerlich das Ansehen eines Krankenhauses, das sie sein soll und will! Die Methode der Bettbehandlung bildet die Krönung und den Abschluß der idealen Reformen eines *Pinel* und *Conolly*. Sie bietet für alle Frisch-Erkrankten und alle Aufgeregten denselben Segen wie andererseits für alle chronischen und ruhigen Kranken die Beschäftigung und die Bewegungsfreiheit.«

Diese überschwenglichen Hoffnungen gingen, wie wir wissen, nicht in dem erwarteten Ausmaße in Erfüllung. Nicht etwa nur deshalb, weil die Warnung *Neißers* vor einer Übertreibung des Regimes nicht die verdiente allgemeine Beachtung fand und ein »Schlendrian mit der Ausdehnung der Bettbehandlung« einriß, wie er sich drastisch ausdrückt, sondern weil offenbar der Grundgedanke, daß das erkrankte psychische Organ unter allen Umständen zunächst Ruhe brauche, in dieser Verallgemeinerung nicht richtig war. Mußte doch *Neißer*[2] selbst 1927 bekennen:

»Die Bettbehandlung als Anstaltsregime war (seither) unumstritten. Leider aber waren die Schwierigkeiten in der Behandlung der Aufregungszustände, wenn wir uns offen Rechenschaft geben wollen, damit zwar im Vergleich zu einer früheren Zeit erheblich gemildert, sie blieben und bleiben aber doch noch groß genug, sodaß der Praktiker... in nicht wenigen Fällen mit den üblichen Methoden nicht zum Ziele kommt und oft ratlos ist.«

Auch *Ast*[3] hat in seinem Referat auf der Tagung unseres bayerischen Vereins 1926 in Günzburg feststellen müssen, daß wir noch immer keinen Anlaß hätten, mit den Erfolgen unserer Behandlung zufrieden zu sein. Es verbleibe uns stets, selbst unter relativ günstigen Bedingungen, ein quasi eiserner Bestand an schweren Erregungen, die sich gegen jede Einwirkung refraktär erweisen. Ja er glaubte aus statistischen Überlegungen sogar eine prozentuale Zunahme der Erregten in den letzten Jahren annehmen zu müssen. Nach Durchsprechung aller bis-

herigen therapeutischen Hilfsmittel: Bettbehandlung, Dauerbad, Wickel, Isolierung, mechanische Zwangsmittel, kam er zu dem resignierten Schlusse: Bei aller Anerkennung der im einzelnen oft ausgezeichneten, körperlich und psychisch beruhigenden Wirkung bestehe ihr Hauptwert in praxi doch darin, daß wir in ihnen ein mild und individuell zu handhabendes Gliederungs-, Separierungs- und Verdünnungssystem haben, mit dessen Hilfe wir imstande sind, die ruhigen vor den unruhigen und diese wieder vor den schwer erregten Kranken zu schützen.

Kurz streifte der Referent schließlich noch die damals ganz neuen *Simon*schen Bestrebungen. »Stellen sich, so schloß er, bei der Nachprüfung die Erfolge tatsächlich als so groß heraus, so stehen wir sicherlich vor einem außerordentlich bedeutsamen Fortschritt, wenn nicht geradezu vor einer Umwälzung.«

Seit diesem, über den damaligen Stand unserer Anschauungen ausgezeichnet orientierenden Referate sind nunmehr 3 Jahre verflossen und es ist daher wohl erlaubt, zu den aufgeworfenen Fragen neuerdings Stellung zu nehmen und sich insbesondere über die Erfahrungen mit *Simon*s »aktiverer Therapie« Rechenschaft zu geben.

Die Methode selbst darf dabei als bekannt vorausgesetzt werden. Ausdrücklich betont sei jedoch, daß es ein Mißverständnis wäre, wenn man sie lediglich oder im wesentlichen als eine gesteigerte Beschäftigungsbehandlung auffassen wollte. Nicht die intensive Beschäftigung der Kranken, sondern die gesteigerte Beschäftigung der Ärzte und Pfleger mit den Kranken, d. h. ihre erzieherische Beeinflussung, ist das Entscheidende.

Klar und unzweideutig hat *Simon*[4] dies auf der Tagung in Hamburg im September vorigen Jahres zum Ausdruck gebracht: Durch das Zusammentreffen zahlreicher Geisteskranker in der häuslichen Gemeinschaft der Anstalt drohe immer ein äußerst schädliches Gesamtmilieu, eine vergiftend wirkende Atmosphäre von Stumpfsinn, Langeweile, Ruhelosigkeit, Aufgeregtheit, hemmungslosen Affektausbrüchen, gemischt mit den zahlreichen Entäußerungen zerrütteten Geisteslebens. Die Entwicklung dieses schädlichen Milieus lasse sich selbst auf den sog. Unruhigenabteilungen fast völlig verhüten durch aufmerksame erzieherische Beeinflussung, die sich in ihren Hilfsmitteln eng anschließt an die Erziehung von Kindern verschiedenen Alters und sich vor allem den biologischen Faktor der Anpassung und Gewöhnung nutzbar macht. —

Erzieherische Beeinflussung und Milieugestaltung sind also die Hauptfaktoren der Behandlungsmethode und die Beschäftigung ist für *Simon* trotz ihrer großen Bedeutung lediglich Mittel zu diesen Zwecken!

Dadurch unterscheidet sich das Verfahren ganz wesentlich von der seit alters her gebräuchlichen Krankenbeschäftigung. Diese kommt in der Hauptsache, wie ja auch *Neißer*[2] betonte, erst nach Abklingen des eigentlichen Krankheitsprozesses in Frage zum Zwecke der »Erhaltung und Belebung der Reste der psychischen Persönlichkeit«, während *Simon* den äußeren Ablauf der Krankheitserscheinungen selbst durch erzieherische Mittel und Milieuwirkung zu beeinflussen sucht.

Infolgedessen ist auch die Auswirkung der *Simon*schen Therapie eine völlig andere, viel weitergreifende als bei der hergebrachten Beschäftigung; sie übertrifft die kühnsten Erwartungen. Es gibt tatsächlich, wie *Simon* prophezeit, nach der gelungenen Umstellung des Anstaltsmilieus keine dauernde Unruhe mehr und die früheren Unruhigen-Abteilungen zeigen alsbald eine völlige Wandlung in ihrem ganzen Aussehen. Die Wandlung ist so vollkommen, daß fremde Besucher gelegentlich der Meinung Ausdruck geben, das Krankenmaterial müsse irgendwie gesiebt sein.

Die Erfahrungen sind überall, wo die Methode bisher durchgeführt werden konnte, die gleich günstigen gewesen, wie *Thumm*[5] feststellte, der die ausgedehnte Literatur bis zum Frühjahr 1928 gesammelt und kurz besprochen hat. Einwendungen wurden nur ganz vereinzelt erhoben und lediglich auf Grund theoretischer Erwägungen. Jedenfalls ist kein Fall bekannt geworden, wo die einmal durchgeführte Umstellung wieder rückgängig gemacht worden wäre.

Auch bei uns in Gabersee trat der Wandel, als im Herbst 1926 die Einführung erfolgte, in kurzer Zeit drastisch zutage: die Unruhe schwand, die gefährlichen Angriffe nahmen rasch ab, die Stimmung der Kranken hob sich sichtlich, das ganze Bild veränderte sich verblüffend zu seinem Vorteil. Während unsere Tagsäle auf den Unruhigenabteilungen früher kahle, ungemütliche Räume waren mit drahtkorbgeschützten Glühbirnen hoch oben an der Decke und spärlichsten Möbeln ohne Bequemlichkeit, konnten sie nunmehr als behagliche Wohnräume eingerichtet werden mit Zuglampen, Vorhängen, Blumen und eingeglasten Bildern.

An so etwas hätte man in den 80er Jahren nicht denken können. Blieb doch damals trotz der fast 100%igen Beschäftigung aller überhaupt beschäftigungsfähigen Kranken die Unruhe noch so groß, daß während der Nacht alle die zahlreichen Zellen ständig besetzt waren, über welche die junge Anstalt bereits verfügte.

Seit dem Literaturbericht von *Thumm* sind, so viel ich sehe, überhaupt nur noch zustimmende Arbeiten erschienen, die meisten

davon in Amerika. Erwähnt sei nur eine Veröffentlichung von *van der Scheer*[6] in Holland, der in sehr temperamentvoller Weise der Behauptung entgegentritt, daß *Simon* nichts Neues gebracht habe. Das Neue, führt er begeistert aus, liege in der richtigen Beleuchtung des Denkfehlers vieler, die glaubten, daß die Handlungen der Geisteskranken direkte Folgen der Krankheit seien, während in Wirklichkeit fast alle unerfreulichen Erscheinungen nur schlechte Gewohnheiten wären, die mit dem Wesen der Psychose nichts zu schaffen hätten; das Neue liege in der Erkenntnis, daß bei dem von einer Psychose befallenen Menschen ein doch noch hinreichend gesunder Mensch übrig bleibe, um aufs neue in einer bestimmten Richtung erzogen zu werden. Gewiß sei sowohl der Wert der Arbeit als auch der erziehlichen Regeln längst bekannt gewesen; aber doch könne man dem Manne Bewunderung nicht vorenthalten, der uns den Weg zeigte, mittels dieser, den anderen — laut ihrer eigenen Aussage — längst bekannten Regeln die letzten Reste des früheren »Tollhauses« verschwinden zu lassen. —

Eine Rundfrage, die *Simon*[4] im vorigen Herbste veranstaltete und die mehr als 76000 in deutschen und holländischen Anstalten untergebrachte Geisteskranke umfaßte, ergab nach Mitteilungen auf der Hamburger Tagung »so gut wie ausnahmslos günstige Berichte«. Gelegentlich seien dabei recht starke Ausdrücke wie »erstaunlich«, »verblüffend«, »märchenhaft« gebraucht worden.

Aus unserem engeren Vaterland liegt nur eine sich gleichzeitig an die Laienwelt wendende Veröffentlichung von *Reiß*[7] vor, welche die allenthalben gemachten günstigen Erfahrungen durchaus bestätigt und die gegen das Regime erhobenen Einwände geschickt zurückweist. Erinnert sei ferner an den Vortrag von *Bischof*[15] bei der vorjährigen Tagung unseres Vereins in Kutzenberg. Treffend kennzeichnete er die neuen therapeutischen Maßnahmen dahin, daß sie verhindern müßten, den Geisteskranken zum Narren werden zu lassen.

Über die Erfahrungen der übrigen bayerischen Anstalten wird hoffentlich die Diskussion interessante Aufschlüsse bringen.

Für die praktische Durchführung der *Simon*schen Therapie lassen sich allgemein gültige Regeln im einzelnen nicht aufstellen, da die Methode ganz auf Individualbehandlung eingestellt ist und die Verschiedenheit des Krankenmaterials und des Anstaltscharakters u. U. ein ganz verschiedenes Vorgehen erfordern können.

Der Leitgedanke muß einzig die erziehliche Förderung der Kranken sein im Rahmen eines die Heilung begünstigenden Milieus. Widerstrebende, störende Elemente sind daher, falls

Beruhigungsversuche nicht rasch gelingen, solange aus den gemeinschaftlichen Aufenthaltsräumen zu entfernen, bis sie sich beruhigt haben oder ein Versuch, sie neuerdings in die Gemeinschaft zurückzubringen, zum Ziele führt. Die Entfernung hat *sofort* zu erfolgen, bevor noch andere Kranke angesteckt und mitgerissen werden können. Von der Raschheit und Geschicklichkeit des Eingreifens durch den Pfleger hängt alles ab, da auf das Erscheinen des Arztes in den meisten Fällen nicht gewartet werden kann.

Daß ein solches Erziehungswerk viel Zeit und noch viel mehr Geduld erfordert, ist klar; nur liebevolles Eindringen und Einfühlen in die einzelne Krankenpersönlichkeit und unverdrossenes Bemühen um sie in der jeweils als geeignet erkannten Form führt allmählich zum Ziele.

Auch die Beschäftigung dient im wesentlichen zur Beruhigung der Unruhigen und zur Resozialisierung der Unsozialen. Auf die Prozentzahl der Beschäftigten kommt es also an sich nicht an; sie muß nur so groß sein, daß die genannten Wirkungen eintreten können. Nicht der erreichte Beschäftigungsprozentsatz, sondern das Maß der Milieugestaltung ist der Gradmesser des Erfolges.

Es ist deshalb auch unerheblich, mit welcher Art von Arbeiten die Kranken beschäftigt werden, wenn die Beschäftigung nur eine ernsthafte ist und den Fähigkeiten und Neigungen des einzelnen entspricht. Auch der wirtschaftliche Nutzen für die Anstalt darf natürlich keine entscheidende Rolle spielen.

Der Beschäftigung im Freien oder auch in besonderen Werkstätten ist der Vorzug zu geben vor der Beschäftigung auf der Abteilung, weil dadurch die meist überfüllten Tagesräume während der Arbeitszeit wohltuend entlastet werden.

Diese Verdünnung des Krankenbestandes während eines großen Teil des Tages scheint mir überhaupt eine unerläßliche Vorbedingung für die Schaffung eines ruhigen Milieus auf bisher unruhigen Abteilungen zu sein. Die zurückbleibenden Kranken sind dann viel leichter an den Arbeitstischen zu vereinigen, besonders wenn es möglich ist, die schwierigeren und lästigeren Elemente aus der Abteilung hinauszubringen, wozu sich besonders die sog. Karrengruppen ganz hervorragend eignen.

Kranke, welche sich nicht beschäftigen wollen, setzt man am besten mitten unter die Arbeitenden hinein und legt ihnen eine Arbeit vor, ohne sich zunächst weiter um sie zu kümmern. Auf die Dauer können sie sich der Suggestion durch die Umgebung, welche durch die Langeweile des müßigen Dasitzens noch verstärkt wird, kaum entziehen.

Bettbehandlung, Dauerbäder, Einpackungen, kurze Isolie-

rungen, Narkotika sind nicht verpönt, doch werden sie, je mehr die Umstellung fortschreitet und die Milieuwirkung sich geltend macht, in überraschendem Ausmaße entbehrlich. Wer die Bettbehandlung nicht als selbstverständliches Regime in jedem Falle zunächst anwendet, sondern sie nur nach sorgfältig gestellter Indikation wie ein anderes Heilmittel verordnet, der staunt, wie verhältnismäßig selten sie für längere Zeit wirklich angezeigt ist. Bei den Dauerbädern haben wir die Erfahrung gemacht, daß sie am besten wirken, wenn man sie nur als verlängerte Bäder von 1—2 Stunden Dauer gibt und die Kranken dann wieder versuchsweise ins Bett oder u. U. auch gleich in den Tagraum bringt. Hilft das Bad in dieser Zeit nicht, so ist auch später in der Regel keine Wirkung mehr zu erwarten und es ist dann, wie *Ast*[3] sich treffend ausdrückt, weniger ein Beruhigungs- als ein Austobungsmittel, die moderne Isolierzelle. Auf eigentliche Wickel kann man bei umgestelltem Milieu mehr und mehr verzichten; sie sind, darüber wollen wir uns keiner Täuschung hingeben, in der Hauptsache ein Zwangsmittel und werden jedenfalls von den Kranken als ein solches betrachtet. Möglichst sollte man die Einpackungen nur ganz lose mit einem einzigen feuchten Leintuche und darüber geschlagener Wolldecke machen. Kann man, wie wir dies neuerdings in geeigneten Fällen mit Erfolg versuchen, die Arme beim Wickeln frei lassen, so fällt der fatale Beigeschmack des Zwangsmittels völlig weg. Isolierungen lassen sich, will man die Ruhe und Ordnung in den gemeinsamen Räumen unbedingt erhalten, nicht immer vermeiden; wenn sie nur kurz sind, schaden sie sicherlich nicht. Mit Narkoticis darf man nach unseren Erfahrungen in der ersten Zeit nicht zu rasch zurückgehen, weil sonst die Umstellung sehr erschwert wird. Im Laufe der Zeit werden sie aber in überraschendem Maße entbehrlich; so ist der monatliche Verbrauch an Schlafmitteln bei uns im Durchschnitt des ersten Halbjahres 1929 nur mehr etwa der dritte Teil vom Jahre vorher. Um erregte Kranke an die Arbeit heranzubringen, besonders wenn man sie im Freien beschäftigen will, wenden wir zuweilen mit Vorteil kleine Dosen von Luminal an in der Art wie man sie den Epileptikern zu geben pflegt.

Als Gegengewicht gegen die Beschäftigung dienen Arbeitsbelohnungen und Zerstreuungen in den arbeitsfreien Zeiten. Die Arbeitsbelohnungen bestehen wohl überall in Kostzulagen und kleinen Geldzuwendungen zur Bestreitung besonderer persönlicher Wünsche. Bei den Kostzulagen muß es sich natürlich um wirkliche Zulagen zur vollen Normalkost handeln, wie sie auch an Nichtarbeitende unverkürzt verabreicht wird. Gesagt ist damit nicht, wie der Gem.- und Staatsarbeiterverband nach

seiner bekannten »Denkschrift«[8] zu glauben scheint, daß unbeschäftigte Kranke, die aus ärztlichen Gründen einer Kostzulage bedürfen, eine solche nicht erhalten sollen. Ausgeschlossen müssen selbstverständlich Kostabzüge von der regulären Beköstigung bei Arbeitsverweigerung sein. Wie der Gemeinde- und Staatsarbeiterverband zu der Annahme kommt, daß einzelne Anstalten zu solchen Abzügen übergegangen seien, ist nicht ersichtlich. Die angeführte Literaturstelle ist jedenfalls dafür kein Beleg; der Autor stellt lediglich fest, daß er Kostentziehungen für äußerst bedenklich halte und nie anwenden würde, womit er doch nur Selbstverständliches ausspricht.

Für die Geldzuwendungen hat sich ein eigenes Anstaltsgeld als zweckmäßig erwiesen, das nur in der Anstaltskrämerei, oder in sonstigen geeigneten Geschäften angenommen werden darf und von der Anstalt wieder eingelöst wird. Kranken mit ausgesprochenem Spartrieb, die ihr Geld nicht anderweitig verwenden wollen, wird man auch nach dem Vorschlag von *Reiß*[9] ein Sparbuch bei einer öffentlichen Sparkasse anlegen können, doch darf natürlich kein Zwang dabei ausgeübt werden. —

Während man die Beschäftigung mit allen erlaubten Mitteln anstreben wird, sollte man m. E. bei der Erholung den Kranken volle Freiheit lassen. Wenn auch der Anblick der untätig herumsitzenden, lediglich der Ruhe pflegenden Kranken weniger erfreulich ist als der eifrige Spielbetrieb, wie er z. B. in Gütersloh an den Feiertagen sich entwickelt, ja selbst wenn wirklich die Gefahr bestehen sollte — was ich persönlich nicht glaube —, daß die Erziehungsarbeit durch dieses Gewährenlassen in den Freizeiten beeinträchtigt wird, so steht doch meinem Empfinden nach das Recht auf volle Bewegungsfreiheit außerhalb der Beschäftigungszeiten höher als alle Gegenargumente. Wie beim Gesunden auf die Pflicht der Arbeit die Freiheit der Ruhezeit folgt, so sollte man auch beim Kranken die Erziehung dosieren und sie nicht auf den ganzen Tag und die Feiertage ausdehnen. Deshalb lasse ich zwar nach Beendigung der Beschäftigung Bücher, Zeitungen, illustrierte Zeitschriften, Spiele usw. auflegen (nicht etwa nur bereit halten), überlasse es aber dem freien Entschluß des einzelnen, ob er davon Gebrauch machen will oder nicht. Für die notwendige Entlastung der Abteilungen an den Feiertagen sorgen Gruppenspaziergänge und der Besuch der Gottesdienste, woran sich auch die Kranken der sog. unruhigen Abteilungen zahlreich beteiligen.

Ein Nachteil der Methode ist es, daß sie in recht weitgehendem Maße von örtlichen und persönlichen Voraussetzungen abhängig ist, im Gegensatz zu der überall leicht anwendbaren

Bett- und Badebehandlung. In einer nicht allzugroßen ländlichen Anstalt mit kleinen Abteilungen, ausgedehntem landwirtschaftlichem Grundbesitz, fern von störendem Verkehr, mit einer gleichartigen Krankenbevölkerung aus bäuerlichen, arbeitsgewohnten Kreisen ist die Einführung und Durchführung der neuen Therapie verhältnismäßig einfach, wenn auch die Erziehungsmaßnahmen gerade bei dieser Art von Kranken mit allerhand besonderen Hemmnissen und Schwierigkeiten zu kämpfen haben. In großstädtischen Anstalten dagegen mit ihren von Haus aus weniger beschäftigungsfreudigen Insassen, ihren massenhaften Psychopathen und oft recht zahlreichen üblen Elementen aus der Hefe der Großstadt kann die vollkommene Durchführung des Regimes geradezu unmöglich werden.

Auch Personalknappheit kann der Einführung sehr hinderlich sein; in dieser Beziehung sind gerade die kleinen Abteilungen, die im übrigen für die Therapie recht günstig wirken, ein arger Hemmschuh. —

Ebenso wichtig wie die örtlichen sind die persönlichen Faktoren. Die aktivere Therapie stellt an die Persönlichkeit von Arzt und Pfleger Anforderungen besonderer Art, wie sie bislang nicht unbedingt nötig waren; sie verlangt nicht nur ein warmes Herz für die Kranken, sondern auch ein gewisses pädagogisches Geschick und eine frische erfolgsichere Initiative, ja ein förmliches Aufgehen im Berufe. Wer nicht mit Leib und Seele dabei ist, der wird mit der *Simon*schen Therapie nie wirkliche Erfolge erzielen und höchstens eine öde Dressur erreichen, die den Kranken reizt statt ihn zu beruhigen. Eine Auswahl der richtigen Persönlichkeiten ist aber dem Anstaltsleiter nach Lage der Dinge nur in beschränktem Maße möglich. Das ältere Personal findet sich zudem in die Neuordnung begreiflicherweise zum Teil nur schwer. Wenn es aber wenigstens gelingt, auf die wichtigsten Posten wirklich tüchtige Persönlichkeiten mit Lust und Liebe zur Sache zu bekommen, so wird der Ballast der weniger Geeigneten die Durchführung nicht ernstlich gefährden können, wenn auch zunächst mancher Kompromiß geschlossen werden muß.

Grundsätzliche Einwendungen werden gegen die *Simon*schen Anschauungen, soviel ich sehe, nirgends erhoben. Im Gegenteil wird ja sogar behauptet, das Verfahren biete gar nichts neues und werde in jeder modernen Anstalt längst geübt. Gewarnt wird nur vor einer »Überspannung« der Methode, vor einer einseitigen, übertriebenen Anwendung. Eine nahezu vollständige Beschäftigung aller überhaupt beschäftigungsfähigen Kranken lasse sich angeblich nur erreichen, wenn man einen unzulässigen Zwang ausübe oder die Kranken zum Teil zu ganz minderwer-

tigen Tätigkeiten wie Wollezupfen oder Karrenziehen verwende, die keinen Nutzen brächten.

Es ist ohne weiteres zuzugeben, daß die Gefahr einer zu schematischen Handhabung der Methode besteht, wenn auch Fälle, bei denen die Anordnung der Beschäftigung ein Kunstfehler wäre, worauf *Fischer*[10] hinweisen zu müssen glaubt, recht selten sein dürften. Die Freude am Erfolg mit einem neuen Verfahren kann natürlich hier ebenso wie sonst auch zu Übertreibungen verleiten. Wir haben das ja bei der Bettbehandlung alle erlebt.

In der Erreichung eines hohen Beschäftigungsprozentsatzes an sich eine Überspannung zu erblicken, wäre jedoch irrtümlich. Die hohen Beschäftigungszahlen ergeben sich vielmehr bei geeignetem Krankenmaterial im umgestellten Milieu ganz von selbst, ohne daß ein unzulässiger Zwang ausgeübt werden müßte. Sie sind daher als sinnfälliger Ausdruck des erreichten Erfolges nur erfreulich. Etwas anderes wäre es natürlich, wenn Ärzte lediglich aus Rekordsucht, unter Außerachtlassung des Wohles der Kranken solche Höchstziffern erreichen wollten, nur um es anderen, unter günstigeren Umständen arbeitenden Kollegen gleichzutun. Das geschieht aber sicherlich nirgends.

Es ist auch nicht richtig, daß die Beschäftigung der geistig tieferstehenden Kranken mit ganz einfachen mechanischen Betätigungen nur eine nutzlose Spielerei wäre. Sie ist vielmehr unerläßlich, weil ohne Ausdehnung der Beschäftigung auf die überwiegende Mehrzahl der Kranken das unentbehrliche Heilmilieu nicht geschaffen werden kann. Sie ist aber auch für die beteiligten Kranken selbst oft nützlicher als man zunächst glauben möchte.

Besonders wirksam ist die Herausziehung der zu einer wirklichen Arbeit vorerst nicht brauchbaren, störenden Elemente aus der Arbeitsgemeinschaft im Saale und ihre Verwendung in sog. Karrengruppen oder Fahrkolonnen. Es findet dadurch nicht nur, wie bereits erwähnt, die sehr notwendige Verdünnung der auf der Abteilung Zurückbleibenden statt, sondern die regelmäßige Bewegung in der frischen Luft tut diesen Kranken auch sichtlich gut, sie bekommen Farbe und Appetit, nehmen an Gewicht zu, schlafen besser und gewöhnen sich ihre schlechten Manieren viel rascher ab als auf der Abteilung, wo sie doch meist sich selbst überlassen bleiben würden. Gar nicht so selten wird sogar noch mehr erreicht. So konnte z. B. eine unserer beiden, im Herbst 1926 gebildeten Männer-Karrengruppen im vorigen Sommer schon vollzählig zu Ökonomiearbeiten herangezogen werden und von den 16 Kranken einer gleichartigen Frauengruppe

waren ein Jahr später 5 richtig beschäftigt und 1 sogar entlassen! —

Gegen die Ausdehnung der Beschäftigung auf möglichst viele Kranke wurde schließlich noch geltend gemacht, daß es bedenklich sei, erregte oder reizbare Kranke überhaupt zu beschäftigen, da selbst harmlose Werkzeuge in den Händen solcher Menschen gefährlich werden könnten. Die praktische Erfahrung zeigt jedoch, daß die befürchteten erhöhten Gefahren durchaus nicht eintreten, daß im Gegenteil die Gewalttätigkeiten und selbstgefährlichen Handlungen sich vermindern, weil die von ihren Sinnestäuschungen und Wahnideen wohltuend abgelenkten, nicht mehr durch tötliche Langeweile und eine öde Umgebung gereizten Kranken viel weniger Anlaß zu solchen finden als früher. Einzelne Zwischenfälle, die schon immer bei der Beschäftigung vorgekommen sind und von den Gegnern derselben ungebührlich aufgebauscht werden, ändern an dieser Tatsache nichts. Deshalb fordert auch *Thumm* [5, 11] gerade aus seinen Erfahrungen mit der aktiveren Therapie heraus, »ein Aufgeben der auf Kranke und Personal suggestiv ungünstig wirkenden verantwortungsscheuen Überängstlichkeit«.

Völlig vermeiden lassen sich, wie gesagt, Angriffe und unglückliche Zufälle in Irrenanstalten überhaupt nicht, auch nicht bei Verzicht auf jegliche Krankenbeschäftigung. Sind doch selbst in Bettsälen, ja sogar in Isolierzellen schon schwere Gewalttaten mit Todesfolge vorgekommen, ohne daß jemand ein Verschulden getroffen hätte! Der Irrenarzt muß eben das Berufs-Risiko genau so tragen wie es der Chirurg bei seinen Operationen in Kauf nehmen muß. Er darf so wenig wie dieser ein aussichtsreiches Heilverfahren ablehnen, nur weil eine vage Möglichkeit unglücklicher Zufälle nicht völlig auszuschließen ist. Durch eine sorgfältige Organisierung und Überwachung der Krankenbeschäftigung kann diese Möglichkeit überdies weitgehend eingeschränkt werden.

Im übrigen ist durch eine ausreichende Unfallfürsorge etwaigen schlimmen Folgen zu begegnen. Für das beamtete Pflegepersonal ist in Bayern die Frage durch das Beamtengesetz bereits geregelt; für das Probepersonal ist die Regelung soeben durch Gründung eines Unfallversicherungs-Verbandes der bayerischen Gemeinden, Bezirke und Kreise erfolgt. (Min. Bek. vom 28. VI. 1929.)

Auch für die Kranken ist — darin hat der Gemeinde- und Staatsarbeiterverband [8] sicher recht — eine Unfallsfürsorge anzustreben, wenn auch Kranke glücklicherweise sehr selten bei der Beschäftigung Unfälle mit dauernden Folgen erleiden und nichts dafür spricht, daß sich die Unfälle durch die ausgedehn-

tere Beschäftigung vermehrt hätten. Eine allgemeine Einbeziehung der arbeitenden Kranken in die Unfallversicherung würde im Verhältnis zur wirklichen Gefahr zu hohe Kosten verursachen; darin ist dem Verbande für psychische Hygiene[12] durchaus beizupflichten. Dagegen müßte sich bei ernstem Willen doch wohl irgend eine andere Regelung finden lassen, um den paar Geschädigten zu ihrem Rechte zu verhelfen.

Auf jeden Fall wäre es aber verfehlt, wenn man den Anstalten zumuten wollte, die Frage dadurch zu lösen, oder besser gesagt zu umgehen, indem man die Kranken nur noch mit Arbeiten beschäftigte, von denen man ganz sicher sein zu können glaubt, daß sie mit keiner noch so entfernten Gefahr verbunden sind. Man müßte die Beschäftigungsmöglichkeiten in einem für die Arbeitstherapie unerträglichen Ausmaße beschneiden und wäre schließlich gegen unglückliche Zufälle doch nicht gefeit. Mir ist z. B. ein Fall bekannt, wo ein Kranker durch ein aus den Führungsrädern springendes Scheunentor schwer verletzt wurde. Soll man nun etwa die Beschäftigung in der Nähe von Scheunentoren verbieten? Selbstverständlich soll damit keinem Leichtsinn das Wort geredet werden und Beschäftigungen mit ernstlicher Unfallsgefahr müssen für die Kranken natürlich außer Betracht bleiben.

Gegen die Beschäftigung der Kranken wurden vom Gemeinde- und Staatsarbeiterverband[8] auch hygienische Einwände erhoben, soweit es sich um Verwendung in Nahrungsmittelbetrieben handelt. Die Bedenken kommen um 100 Jahre zu spät, denn die Betätigung z. B. in der Küche ist üblich, solange es eine Krankenbeschäftigung überhaupt gibt; die Kranken aber, die von der erweiterten Beschäftigung erfaßt werden, sind in der Regel dafür überhaupt nicht zu gebrauchen. Wer übrigens weiß, wie sorgfältig die in den Lebensmittelbetrieben der Anstalten beschäftigten Kranken auf ihre Eignung ausgewählt werden, wie peinlich man sie sauber hält und ständig gesundheitlich kontrolliert, der zweifelt nicht daran, daß diese Kranken in hygienischer Beziehung hinter der frei lebenden Arbeiterschaft gewiß nicht zurückstehen.

Es ist auch nicht erwiesen und nicht wahrscheinlich, daß in den Irrenanstalten die Bazillenträger häufiger sind als anderswo; sie werden nur infolge der gründlichen Durchuntersuchungen leichter entdeckt. Da sie dauernd abgesondert werden, was in der frei lebenden Bevölkerung nicht möglich ist, so ist die Gefährdung der Allgemeinheit durch dieselben in der Anstalt sogar geringer.

Die Intensivierung der Krankenbeschäftigung hat schließlich noch zu der Befürchtung Anlaß gegeben, daß damit der ge-

sunden Bevölkerung eine fühlbare Konkurrenz entstünde. Diese Befürchtung ist unbegründet. Wie das Gutachten des Verbandes für psychische Hygiene[12] mit Recht betont, konkurriert dabei die Anstalt im allgemeinen mit langsamer Handarbeit gegen die Maschine. Außerdem beschäftigte jede Anstalt ihre wirklich brauchbaren Kräfte schon seit jeher, so daß von der erhöhten Beschäftigung ein wirtschaftlicher Gewinn und damit eine Auswirkung auf den freien Arbeitsmarkt nicht zu erwarten ist.

Wirtschaftliche Vorteile ergeben sich dagegen im Laufe der Zeit durch die Umstellung des ganzen Anstaltsmilieus: die ruhig und sittsam gewordenen Kranken zerstören kaum mehr, die kostspieligen Dauerbäder werden fast völlig entbehrlich, der Verbrauch an Schlaf- und Beruhigungsmitteln geht zurück usw. Allerdings stehen den dadurch erreichten Einsparungen auch wieder nicht unerhebliche Mehrausgaben gegenüber für Kleidung und Schuhwerk der Ausrückenden, für Neu- und Umgestaltung von Tagräumen u. a. m., sodaß wenigstens in den ersten Jahren die tatsächlichen Betriebseinsparungen nicht sehr bedeutend sein dürften.

Wirtschaftlicher Gewinn für die Anstalt ist aber überhaupt nicht das eigentliche Ziel der *Simon*schen Behandlungsweise. Angestrebt wird vielmehr vor allem eine tunlichste Abkürzung des Anstaltsaufenthaltes. Man sucht die Kranken so rasch als möglich von ihren Auffälligkeiten zu befreien und dadurch für das Leben in der menschlichen Gemeinschaft wieder geeignet zu machen; man will sie wenigstens resozialisieren, soweit man sie nicht heilen kann.

Die Frage nun, inwieweit die aktivere Therapie die Entlassungen vermehrt und die Behandlungsdauer abkürzt, ist, so viel ich sehe, noch nicht ernstlich und auf breiter Basis statistisch in Angriff genommen worden. Sie ist bei der Vielzahl und der Vielgestaltigkeit der Faktoren, welche die Aufenthaltsdauer der Kranken zu beeinflussen vermögen, mit voller Sicherheit vielleicht überhaupt nicht zu beantworten. Jedenfalls ist die jetzige Zeit mit ihrer Nachwirkung des verlorenen Krieges dafür wenig geeignet und auch der Beobachtungszeitraum, der für die aktivere Therapie bisher zur Verfügung steht, ist für die Gewinnung eines einigermaßen sicheren Urteils noch viel zu kurz.

Bei der großen Wichtigkeit der Frage habe ich trotzdem versucht, für die Zwecke des heutigen Referates einen vorläufigen Überblick über die einschlägigen Verhältnisse in der eigenen Anstalt zu gewinnen. In Übereinstimmung mit *v. Schuckmann*[13] habe ich dabei nur die Entlassungen innerhalb des ersten Behandlungsjahres berücksichtigt, d. h. also innerhalb der 365 Tage, die dem jeweiligen Aufnahmetage folgen. Diese Entlassungen

habe ich dann in prozentuale Beziehung gesetzt zu den Gesamtaufnahmen des gleichen Kalenderjahres, in welchem die Entlassenen aufgenommen worden waren. Ich habe also wie *v. Schuckmann* das kürzlich vorgeschlagen hat, den Aufnahmezeitraum vom Berechnungszeitraum getrennt. Dagegen habe ich zunächst alle Aufnahmen berücksichtigt und nicht nur die erstaufgenommenen einfachen Seelenstörungen, auf welche sich *v. Schuckmann* beschränkt.

Die Umstellung nach *Simon* wurde im Herbst 1926 vorgenommen. Das Jahr 1927 ist daher das erste volle Simonjahr. Zum Vergleich wurden das Jahr 1925 und der Durchschnitt der 3 Vorkriegsjahre 1909/11 herangezogen. Die Ergebnisse sind in der Tabelle angegeben.

Entlassungen innerhalb 365 Tagen vom Aufnahmetag ab

Jahr	Sämtliche Aufnahmen	Entlassen in 365 Tagen	% von Aufnahmen	Behandl.-Dauer Tage	Aus der Klinik kamen
1909/11	232	103	44,3	135,2	18,5
1925	221	98	44,3	133,3	32,1
1926	237	113	47,6	145,5 } 134,3	35,3
1927	234	125	53,4	123,2 } 134,3	30,7

Die prozentualen Entlassungsziffern sind demnach, wie man sieht nicht unerheblich gestiegen. Da im Anstaltsregime im übrigen in den letzten Jahren keine Änderung eingetreten ist, insbesondere auch keine nennenswerte Außenfürsorge bis jetzt getrieben werden konnte und auch das Krankenmaterial nach Art und Zusammensetzung sich nicht verändert hat, so darf man, mit aller gebotenen Vorsicht natürlich, die Steigerung der Entlassungen in der Hauptsache wohl auf Rechnung der aktiveren Therapie setzen. Man darf dies um so eher, als die Kriegsfolgen mit ihrem etwaigen Einfluß auf die Entlassungen das Vergleichsjahr 1925 bereits ebenso betroffen haben wie die späteren Jahre.

Wenig anzufangen ist mit der Minderung der durchschnittlichen Verpflegsdauer im ersten vollen Simonjahre (1927), da es sich möglicherweise nur um einen Ausgleich gegenüber dem Vorjahre handelt, wie die Durchschnittsziffer beider Jahre andeutet.

Die durchschnittliche Verpflegsdauer ist in Gabersee zu Vergleichszwecken überhaupt schwer zu verwerten, da sie sehr abhängig ist von dem Anteil an Klinikzugängen, der, wie man sieht, in den einzelnen Jahren recht verschieden groß war. Da die Klinik die rasch wieder abklingenden Fälle natürlich selbst

entläßt und nur diejenigen Kranken in die Anstalten überführt, die voraussichtlich auf längere Zeit der Anstaltsbehandlung bedürfen, so muß die durchschnittliche Verpflegsdauer der Anstaltskranken durch die Klinikpassage steigen.

v. Schuckmann [13] hat weiter angeregt, zur Gewinnung zuverlässiger Vergleichsziffern nur einheitliche Krankengruppen heranzuziehen. Er schlägt vor, dafür die Gruppe der sog. einfachen Seelenstörungen im Sinne der amtlichen Zählkartenstatistik zu wählen und sich außerdem auf Erstaufnahmen zu beschränken. Für dieses Material berechnet er dann einen sog. »Entlassungsindex«, d. h. »diejenige Zahl, die angibt, wieviel Prozent des Berechnungsjahres der Kranke außerhalb der Anstalt verlebt hat«.

Mit Hilfe dieses *v. Schuckmann*-Indexes habe ich die 3 Hauptperioden der Gaberseer Krankenbehandlung: die intensive Beschäftigung in den ersten Jahren, die folgende Bettbehandlungsperiode und die letzte Zeit seit Einführung der *Simon*schen Erziehungstherapie mit einander in Vergleich gesetzt und nach *v. Schuckmanns* Vorschrift die Vergleichszeiträume jeweils so groß gewählt, daß mindestens 100 verwendbare Entlassungen anfielen.

v. Schuckmann-Index

Zeitraum	Verwendbare Aufnahmen	Davon entlassen in 365 Tagen	Index
1. 1. 84—31. 12. 92	172	110	41,6 } +5,3
1. 8. 11—31. 12. 1913	191	106	36,3 } +8,0
1. 9. 26—30. 6. 28	157	106	44,3

Wie aus der Tabelle zu ersehen ist, berechnet sich für die vorwiegende Bettbehandlungszeit der ungünstigste Entlassungsindex, während er für die beiden Perioden mit ausgedehnter Beschäftigung erheblich besser ist. Besonders interessant ist das Absinken des Index beim Übergang von der ersten zur zweiten Periode, da beide noch in die Vorkriegszeit fallen, in welcher die äußeren Verhältnisse für die Entlassungen auf dem flachen Lande sich kaum verändert haben dürften.

Selbstverständlich handelt es sich hier — das sei nochmals ausdrücklich betont — lediglich um vorläufige Berechnungen, um ein ungefähres Bild über den etwaigen Einfluß der Beschäftigungstherapie auf die Entlassungen zu gewinnen. Erst eine Nachprüfung an einem ganz großen Durchschnittsmaterial aus zahlreichen Anstalten wird zeigen, wie weit es sich hier tatsächlich um Erfolge oder mehr um Zufallsergebnisse handelt. Zu einer solchen Nachprüfung möchte ich schon jetzt anregen.

Mag das Ergebnis dieser Nachprüfung mehr oder weniger den Erwartungen und Hoffnungen entsprechen, für das Wohlbefinden unserer Kranken und den ganzen Anstaltsbetrieb bedeutet die »Milieutherapie«, wie *Simon* sie selbst einmal nennt, jedenfalls einen außerordentlichen, geradezu umwälzend wirkenden Fortschritt. *Simon* hat nicht Altes wieder aufgewärmt, wie manche Kritiker meinen, sondern er hat etwas Neues geschaffen. Seine Umstellung der Anstaltstherapie aus Nihilismus und Pessimismus zu aktivem, von gesundem Optimismus beseelten Handeln ist eine Tat, deren Bedeutung für Ärzte und Kranke gar nicht hoch genug angeschlagen werden kann. Sie ist ein Markstein in der Geschichte der Anstaltspsychiatrie, deren Entwicklungslinie geradlinig über *Pinel*, *Conolly* und *Neißer* zu *Simon* führt. Jetzt, wo wir die Wichtigkeit des Heilmilieus für den Zustand und die Genesungsaussichten unserer Kranken erkannt haben, ist es, wie er [14] mit vollem Recht betont, unsere unabweisbare Pflicht geworden, es zu schaffen, soweit wir nur können.

Die Anstaltsbehandlung dürfte damit, solange nicht eigentliche Heilmittel für die Geisteskrankheiten gefunden sind, in ihrer Entwicklung vorerst abgeschlossen sein. Nun heißt es, dem Rufe *Kolb*s folgen und durch Ausbau der Fürsorge für die Entlassenen den Kranken so früh als nur möglich das wiedergeben, was ihnen die beste Anstalt vorenthalten muß: die Heimat und die Familie!

Literatur.

1. *Schulte,* Über Beschäftigungstherapie, Frühentlassungen, Außenfürsorge und ähnliche allgemeine therapeutische Maßnahmen in alter Zeit. Psych.-neurol. Wochenschrift 31 (1929) S. 157—161.
2. *Neißer, Clemens,* Die Weiterentwicklung der praktischen Psychiatrie, insbesondere der Anstalts-Psychiatrie im Sinne *Griesingers.* Mon.-schrift für Psych. und Neurol. (1927) Bd. 62.
3. *Ast,* Die Behandlung schwer erregter Geisteskranker. Allg. Zeitschrift f. Psych. Bd. 86 (1927) S. 138—155.
4. *Simon,* Geisteskrankenbehandlung, insbesondere Beschäftigung in der Heilanstalt, in ihrer Beziehung zur psychischen Hygiene. Bericht über die Sitzung vom 20. IX. 1928 der 1. Tagung für psych. Hygiene (90. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte) Hamburg. Zentral-Blatt für die ges. Neurol. und Psych. Bd. 51 (1929) S. 630—631.
5. *Thumm,* Literaturbericht zur aktiveren (Beschäftigungs)-Therapie nach *Simon.* (Abgeschlossen am 15. III. 1928). Allg. Zeitschrift f. Psych. Bd. 89 (1928) S. 154—166.
6. *W. M. van der Scheer,* Rückblick über 20 Jahre Irrenpflege und Betrachtungen über die aktivere Therapie in der Provinzial-Heilanstalt

bei Santpoort (früher Meerenberg, Holland). Zeitschr. f. psych. Hygiene 1. Bd. (1928) S. 161—177.
7. *Reiß*, Die aktivere Beschäftigung der Heil- u. Pflegeanstalten. Psych.-neurol. Wochenschrift 31 (1929) S. 105—111.
8. Denkschrift zur Frage der »Arbeitstherapie« in den Heil- u. Pflegeanstalten Deutschlands unter besonderer Berücksichtigung der »pflegerlosen Abteilungen«. Reichssektion Gesundheitswesen im Verbande der Gemeinde- und Staatsarbeiter. 1927.
9. *Reiß*, Eine letzte Neueinführung im Interesse der Krankenbehandlung — eine Sparkasse für Kranke —. Psych.-neurol. Wochenschrift 31 (1929) S. 112—113.
10. *Fischer*, Praktisch-psychiatrische Tagesfragen. Allg. Zeitschrift für Psych. Bd. 89 (1928) S. 174—186.
11. *Thumm*, Milieugestaltung im Rahmen der aktiveren Therapie und ihre Auswirkung auf freie Behandlung und offene Fürsorge. Allg. Zeitschrift für Psych. 88 (1928) S. 55—66.
12. Zur Frage der Arbeitstherapie in den Heil- u. Pflegeanstalten. Gutachten des Vorstandes des deutschen Verbandes f. psychische Hygiene, erstattet auf Ersuchen des Herrn Reichsministers des Innern als Äußerung zur Denkschrift der Reichssektion »Gesundheitswesen« im Verbande der Gemeinde- und Staatsarbeiter. Zeitschrift f. psych. Hygiene 2. Bd. (1929) H. 2 S. 50—61.
13. *v.* Schuckmann, Über Entlassungsstatistik. Psych.-neurol. Wochenschrift 31 (1929) Nr. 10 S. 119—123.
14. *Simon*, Aktivere Behandlung in der Irrenanstalt. 2. Teil. Erfahrungen und Gedanken eines praktischen Psychiaters zur Therapie der Geisteskrankheiten. Allg. Zeitschrift f. Psych. Bd. 90 (1929) S. 69—121.
15. *Bischof*, Gedanken über psychische Behandlung in der Heil- u. Pflegeanstalt. Vortrag gehalten anläßlich der 22. Jahresversammlung des Vereins bayer. Psychiater vom 21.—23. Juni 1928. Psych.-neurol. Wochenschrift 1928 S. 591—595.

Zur Klinik der Narkolepsie[1]).

Von

Dr. **Hans Zehrer.**

(Mit 3 Abbildungen.)

Drei Fälle aus der Freiburger Nervenklinik, die zur Gruppe der Narkolepsie gehören, bieten in ihren Symptomen so viel Interessantes, daß ihre Veröffentlichung gerechtfertigt sein dürfte.

Fall 1: Josef K., 47jähriger Arbeiter, stammt aus angeblich völlig gesunder Familie, hat 3 gesunde Brüder. Normale Geburt und Entwicklung. Keine Krämpfe, kein Bettnässen. Auf der Schule will er gut gelernt haben. 1903 meldete er sich als Schiffsjunge bei der Kriegsmarine, wurde später Matrose und Obermatrose. Außer einer Lungenentzündung 1907 hat er nie eine ernstliche Krankheit gehabt. Im August 1907 glitt er beim Absteigen in eine Munitionskammer etwa ein Meter hoch eine Leiter hinunter, fiel auf die durchgedrückten Beine und erlitt dabei eine Erschütterung des ganzen Körpers. Er konnte sofort wieder die Leiter hochklettern. Kein Erbrechen, kein Schwindel. Am nächsten Tage tat er wieder Dienst. Bald darauf sollen sich Kopfschmerzen eingestellt haben. November 1908 wegen eines akuten Magenkatarrhs im Marinelazarett. Kein organischer Befund. Im Dezember 1908 erneute Aufnahme wegen »Neurasthenie geringen Grades«. Er erklärte, er habe schon lange unter nervösen Beschwerden allgemeiner Art zu leiden, könne schlecht schlafen, habe Kopfschmerzen, Wadenkrämpfe, sei aufgeregt. Untersuchungsbefund völlig negativ. Bettruhe. Es fällt auf, daß er untertags fast dauernd schläft. Nach Beendigung der »Neurastheniekur« etwas frischer. Im Januar 1909 wird er mit dem Vermerk »übertreibt nach Art der Neurastheniker sehr« als dienstfähig aus dem Lazarett entlassen.

Allmählich stellte sich bei ihm am Tage eine zunehmende Schlafsucht ein, während der Nachtschlaf schlechter wurde. Es kam auch vor, daß er im Gliede beim Kommando »still gestanden« in die Knie sank. Beim Übergang vom Wachen zum Schlafen und umgekehrt soll sich häufig ein kurzes krampfhaftes Zusammenziehen des ganzen Körpers bemerkbar gemacht haben. Dabei hatte er das Gefühl von Ameisenlaufen im Rücken. Auch bemerkte er, daß er beim Lachen oder, wenn er einen Gegenstand rasch anfassen wollte, gelegentlich zusammensank.

Vom Jahre 1909 bis 1910 trat eine weitere Verschlechterung ein. Beim Geschützexerzieren soll er öfter eingeschlafen und umgefallen sein. Ein Vorgesetzter berichtet, daß er ihn einmal, während er den Löffel zum Munde

[1]) Aus der Psychiatrischen und Nervenklinik Freiburg i. Br. (Direktor Geh.-Rat Hoche).

führte, die Augen schließen und einschlafen sah. Einmal brach er beim Gefechtsdienst plötzlich zusammen und fiel mit dem Kopf hart gegen einen Geschützverschluß. Ein anderes Mal ließ er im Schlaf auf Posten das Seitengewehr fallen. In derselben Zeit wurde K. zunehmend erregbarer und zog sich verschiedene Strafen zu. Nach einer standrechtlichen Strafe im April 1908 soll mit ihm überhaupt nichts mehr anzufangen gewesen sein. Er wurde körperlich so schwach, daß er gar nicht mehr Posten stehen konnte. Wenn die Kameraden ihn wegen seines Einschlafens hänselten, ging er weg, setzte sich irgendwo anders hin, um dort sofort wieder weiterzuschlafen. Bei Musterungen und beim Antreten kam er meist zu spät oder gar nicht. Suchte man ihn, fand man ihn irgendwo schlafend. 1910 erneute Lazarettaufnahme wegen »Neurasthenie«. Der Untersuchungsbefund ergibt an den inneren Organen nichts Krankhaftes; am Nervensystem fällt auf der linken Brustseite ein roter, auf der rechten ein weißer Dermographismus auf. Unter Bürstenbädern und Valeriana keine Besserung. K. wurde Oktober 1910 als dienstunfähig entlassen.

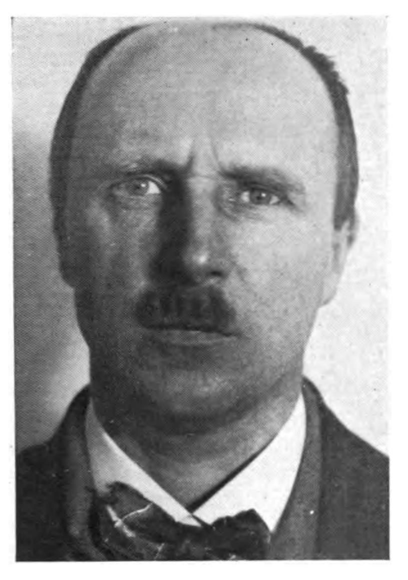
Er war dann »Wächter« bei einer Wach- und Schließgesellschaft, fuhr längere Zeit auf einem Frachtdampfer und hielt sich von 1914 bis 1922 in Australien auf. Dort soll sein Schlafen auch während der Arbeit nicht so sehr aufgefallen sein, sodaß er sich angeblich erholte und 1923 in einem Bergwerk in Chile arbeiten konnte. 1924 kehrte er nach Deutschland zurück, heiratete ein Jahr später und hat 2 angeblich völlig gesunde Kinder.

Seit 1924 ist er in einer Färberei beschäftigt. Er fährt mit der Eisenbahn zum Arbeitsort, schläft dabei oft ein und erwacht gelegentlich erst einige Stationen später. Vormittags fühlt er häufig ein Frösteln und Ameisenlaufen im Rücken, in den Armen und Beinen. Das Frösteln steigert sich oft zu so unangenehmer Kälteempfindung, daß er seine Arbeitskollegen rufen muß, die ihm dann mit Fäusten den Rücken bearbeiten. Gegen Mittag wird er müde und schläft häufig ein. Einmal hatte er auf einer Haspel Garn aufzuwickeln. Er hatte sein Essen bei sich, das er während der Arbeit einnahm. Dabei schlief er ein, drehte und aß automatisch weiter. Seine Kollegen neckten ihn lange damit.

Durch lautes Anrufen ist er zu wecken. Nach einem halbstündigen Mittagschlaf ist er nachmittags meist mobiler und hält bis abends durch, wenn er nicht seinen »Schlaftag« hat, an dem er leichter einschläft und nur mit größerer Mühe wach zu bekommen ist.

Auch beim Gehen schläft er häufig ein, stößt an Personen und Gegenstände, ist sofort wach und klar. Seit etwa 4 Jahren bemerkte er auch, daß er während der Unterhaltung andere Worte spricht, als er beabsichtigt hat. Gelegentlich wird es ihm gesagt, meist bemerkt er es selbst und korrigiert sich.

Seit etwa 21 Jahren bestehen Anfälle von affektivem Tonusverlust: bei Ärger fühlt er einen Druck in der Herzgegend und einen Schlag auf den Kopf, »der Wille wird unterbrochen«. Beim Lachen ergeht es ihm ähnlich. Der Kopf wird ihm schwer, die Arme sinken herab, die Knie werden schwach, er muß sich dann mit einer ernsten oder traurigen Vorstellung ablenken, um nicht zusammenzustürzen. Bei der Absage eines Mädchens, das er liebte, brach er einmal schlagartig zusammen. Auch wenn er etwas liest, was ihn irgendwie ergreift, fühlt er eine Berührung auf dem Scheitel, »wie wenn ein Finger hineinlangt und umrührt«. Es überkommt ihn dabei ein Frösteln und



Fall I



Fall II



Fall III

Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie Band 92, Tafel I.
Zu „Hans Zehrer, Zur Klinik der Narkolepsie".
Verlag von Walter de Gruyter & Co., Berlin W 10.

Ameisenlaufen über Schultern, Rücken und Arme. Seine Potenz, die sehr stark gewesen ist, hat in den letzten Jahren abgenommen. Er hat alle 1—2 Monate einmal Verkehr und fühlt sich am nächsten Tage wie zerschlagen.

Körperlicher Befund: Astheniker. Innere Organe ohne krankhaften Befund. Puls 82, regelmäßig. Blutdruck 125/75. Urin frei von Eiweiß und Zucker. Wa. R. im Blut negativ. Blutbild außer einer Lymphozytose von 47% normal.

Nervensystem: Auf der linken Seite Andeutung eines Hornerschen Symptomenkomplexes. In der Ruhe fällt ein leichtes Hängen des linken Mundwinkels auf, willkürlich und unwillkürlich werden beide Gesichtshälften gleichmäßig innerviert. Die übrigen Hirnnerven sind ohne Besonderheiten, ebenso der übrige neurologische Befund. Die Röntgenaufnahme des Schädels ergibt eine normale Hypophysengrube. Die Zirbeldrüse zeigt leichte Kalkeinlagerung.

Psychisch ist der Patient unauffällig und geordnet. Die Intelligenz ist mittelmäßig. Bemerkenswert ist eine ziemlich starke Affektlabilität.

Bei einem früheren Klinikaufenthalt vor etwa 1½ Jahren wurden verschiedene Schlafanfälle beobachtet. Er war stets leicht zu wecken und sofort orientiert. Bei seinem letzten Aufenthalt im Frühjahr 1929 fühlte er sich wesentlich frischer. Er schlief untertags nie ein und hatte genügend Nachtschlaf. Therapeutisch waren ihm — ohne Erfolg — Thyreoidintabletten und Strychnin gegeben worden.

Die wesentlichen Symptome dieses Falles sind, kurz zusammengefaßt: In der ersten Zeit mehr solche der Neurasthenie (Schlaflosigkeit, Wadenkrämpfe, rasche Ermüdbarkeit, zunehmende Erregbarkeit). Später Schlafanfälle, Anfälle von affektivem Tonusverlust, Parästhesien in der Schädelhaut, Ameisenlaufen, Frösteln im Rücken bis zu starkem Kältegefühl. Im weiteren Verlauf Schlafen im Gehen, Fortsetzen von kombinierten Handlungen im Schlaf, leichte paraphatische Störungen.

Fall 2: Adolf Z., 29jähriger Hilfsarbeiter. Die Familienanamnese ergibt nichts von Bedeutung. Er selbst ist ein zweitgeborener Zwilling. Sein Zwillingsbruder ist vollkommen gesund. In der Kindheit nichts Bemerkenswertes. Auf der Schule leicht gelernt. Wurde Schuhmacher, ging mit 17 Jahren freiwillig in den Krieg. Außer einem Unterschenkelschuß keine Verwundung, keine ernstere Erkrankung. 1918 Grippe. Hatte 3 Tage Fieber bis zu 41⁴, will am 4. Tage nach reichlichem Alkoholgenuß wieder dienstfähig gewesen sein. Von 1919 bis 1924 auf Wanderschaft, auch im Auslande.

Vor etwa 4 Jahren bemerkte er, daß sein Schlaf schlechter wurde. Er fühle sich nicht mehr so frisch wie früher, war schlecht aufgelegt und wurde zunehmend ungeselliger. Als er vor etwa drei Jahren mit einem Bekannten sich auf der Straße unterhielt, will er plötzlich einen Ruck nach oben gefühlt haben, »wie wenn er von unten einen elektrischen Schlag bekommen hätte, der ihn in die Höhe warf«. Vor etwa 2½ Jahren war er auf einem Bau beschäftigt und schlief nach der Arbeit auffallend häufig und rasch, auch gegen seinen Willen, ein. Diese Schlafanfälle nahmen rasch zu. Auch auf dem Weg zur Arbeitsstelle schlief er im Gehen ein, bis er irgendwo anstieß und aufwachte. In derselben Zeit passierte es ihm einmal, daß er während eines

Streites plötzlich zu Boden stürzte. Dies erfolgte in der nächsten Zeit bei zornigen Erregungen immer häufiger. Eines Tages sank er auch beim Lachen in die Knie. Er verspürte dabei einen eigentümlichen Druck im Kopf, »wie wenn man einen schweren, nassen Filzhut auf den Kopf drücken würde«.

Im März 1927 kam er zum erstenmal zur Beobachtung in die Klinik. Er schlief in den ersten Tagen bis zu fünfmal ein. Ein Anfall von affektivem Tonusverlust wurde damals nicht beobachtet. Unter Ruhebehandlung und Schilddrüsentabletten erholte er sich zusehends. Pfingsten 1927 heiratete er.

Sein Zustand verschlechterte sich rasch wieder. Er war damals in einer Aluminiumfabrik beschäftigt, schlief an seiner Maschine ein, machte vieles falsch, konnte nachts nicht mehr schlafen. Er gab die Stelle auf und arbeitete in einem Basaltwerk. In der frischen Luft fühlte er sich wieder kurze Zeit wohler. Unter der Sommerhitze trat eine erneute Verschlechterung seines Zustandes ein. Während er in der ersten Zeit einer der besten Akkordarbeiter gewesen sein will, wurde er immer müder und erregbarer. Eines Tages wollte er in einem Streit mit einem Kollegen diesem einen Stein nachwerfen und brach in dem Augenblick, als er den Arm zum Wurf erhob, blitzartig zusammen. Er stand gleich darauf wieder auf, konnte aber vor Gliederschwere nicht mehr weiter arbeiten. In derselben Zeit bemerkte er auch, daß ihm beim Kartenspiel die Karten plötzlich aus der Hand fielen. Er ließ den Kopf sinken, schloß die Augen, konnte kein Glied mehr bewegen und schlief ein. Er hörte während des Schlafes oft alles, was die Leute sprachen und konnte es ihnen nachher zu ihrer großen Überraschung erzählen. Es war ihm aber nicht möglich, sich irgendwie zu bewegen. Mitunter schlief er »ganz«, ohne etwas von seiner Umgebung wahrzunehmen. Die Dauer der Schlafanfälle, die seither häufiger wurden, und bis zu zwölfmal am Tage auftraten, betrug 5 Minuten bis zu einer halben Stunde. Öfters passierte es ihm auch, daß er bei der Unterhaltung, ohne es im Augenblick zu bemerken, von etwas ganz anderem zu reden begann, als er ursprünglich beabsichtigte.

Bei ärgerlichen Erregungen zeigt sich oft eine Eigentümlichkeit darin, daß er die Worte nicht mehr mit der nötigen Lautstärke aussprechen kann. Seine Sprache wechselt dann zwischen laut und leise.

Die Anfälle von affektivem Tonusverlust wurden immer häufiger. Anfälle, die durch einen zornigen Affekt ausgelöst werden, können von ihm gewöhnlich in ihrem Ablauf nicht aufgehalten werden. Diese großen Schwächeanfälle beginnen im Kopf. Zuerst fallen ihm die Augen zu; gleichzeitig sinkt der Kopf auf die Brust. Wenn er sich mit den Armen noch stützen will, versagen ihm auch diese. Er kippt nach vorn um und stürzt hin. Es treten auch »kleinere Anfälle« auf, wenn er z. B. einen Apfel vom Baum herunterwerfen will. Sie beginnen ebenfalls im Kopf, schreiten aber langsamer vorwärts. Der Anfall kann durch energischen Gegenwillen noch abgebremst werden. Anfälle von Tonusverlust, die durch Lachen ausgelöst werden, kann er nur durch ernste oder traurige Gegenvorstellung aufhalten, wenn die Knie noch nicht befallen sind. Sonst stürzt er haltlos zusammen. Hört er auf der Straße unerwartet einen flotten Marsch, ist es ihm schon passiert, daß er im Augenblick zusammenstürzte. Er ist dabei nicht bewußtlos, steht sofort wieder auf.

Seit einiger Zeit bemerkt er, daß er nach längerem Lesen die Buchstaben doppelt sieht.

Er hatte früher normale Libido, ziemlich häufigen Verkehr. Seit etwa

$^3/_4$ Jahren bemerkt er ein Schwinden der Libido und eine starke Abnahme seiner Potenz.

22. 2. 1929 erneute Aufnahme in die Klinik.

Körperlicher Befund: Kein ausgesprochener Körpertyp. Sieht schläfrig aus. Innere Organe o. B. Puls 78 in der Minute, gleichmäßig. Blutdruck 120/85. Wa. R. im Blut negativ. Blutbild außer einer Lymphozytose von 39% normal.

Nervensystem: Beiderseits leichte Ptosis, rechts stärker als links, sonst keine Abweichungen von der Norm. Das Röntgenbild der Sella ist von normaler Beschaffenheit.

Psychisch: Geordnet, mittelmäßige Intelligenz. Auffallend ist eine leicht depressive Grundstimmung und eine sehr starke Affektlabilität.

Bei seinem ersten Aufenthalt in der Klinik vor etwa 2 Jahren wurden bis zu 6 Schlafanfälle am Tage beobachtet. Bei seinem letzten im Frühjahr 1929 schlief er in den ersten Tagen bis zu zehnmal ein. Er konnte immer leicht, auch durch Anruf, geweckt werden. Einmal lachte er auf dem Saal über einen Taubstummen, der sich vergeblich zu verständigen bemühte. Im selben Augenblick sank sein Kopf auf die Brust, er fing an zu taumeln. Er konnte sich gerade noch an einem Tisch festhalten und sich, wie er sagte, nach ernsten Gegenvorstellungen wieder aufrichten. Einmal hörte er unerwartet einen Bläserchor und brach nach einigem Schwanken, plötzlich schlagartig zusammen. Er stand im Moment wieder auf, fühlte sich aber wie zerschlagen.

Die Schlafanfälle hatten sich in der Ruhe gebessert, dagegen wurde anfangs März verzögertes psychomotorisches Erwachen bei ihm festgestellt. Er ist bereits völlig wach, gibt Antwort, kann aber kurze Zeit seine Augen nicht öffnen und seinen Körper nicht bewegen.

Therapeutisch wurden auch hier ohne Erfolg Strychnin und Schilddrüsentabletten gegeben.

Wir sehen bei diesem zweiten Fall als Hauptsymptome Schlafanfälle, Tonusverlust bei freudiger und unangenehmer Erregung, Erhaltenbleiben der akustischen Aufnahmefähigkeit im Schlafzustand, das Verlieren des Fadens während der Unterhaltung, willkürlich nicht beeinflußbare Variation der Lautstärke beim Sprechen und verzögertes psychomotorisches Erwachen.

Fall 3: Alfons H., 27jähriger Kaufmann. Die Mutter »etwas nervös, leicht erregbar, das ganze Geschlecht der Mutter ist so«. Von seinem Vater nichts bekannt (uneheliches Kind). Normale Geburt und Entwicklung. In der Kindheit nichts Auffälliges. Auf der Schule will er gut gelernt haben, sei aber faul gewesen. Nach der Schule trat er in das Geschäft seines Vaters (Heu- und Bierhandlung) ein, in dem er noch heute tätig ist. Vor $1^1/_2$ Jahren Heirat. Seine Frau hat einen vorehelichen gesunden Knaben von 3 Jahren von ihm.

1918 machte er eine leichte Grippe durch. Sonst nie ernstlich krank gewesen. Seit etwa 4 Jahren führt er das schwere Lastauto seines Vaters und merkt seit etwa 3 Jahren, daß er, wenn er auf ebener Straße fährt, und seine Aufmerksamkeit nicht sehr in Anspruch genommen wird, nur mit größter Mühe das Einschlafen verhindern kann. Er hält dann oft den Wagen an, steigt aus und geht einige Male auf und ab, um sich zu ermuntern. Vor etwa 2 Jahren war es am schlimmsten. Damals schlief er auch häufig während

des Gehens ein und wachte erst auf, wenn er irgendwo anstieß. Es wurden ihm auch, wenn er herzlich lachte, die Knie schwach, so daß er sich nur mit Mühe aufrecht halten konnte. Seit einem Jahr etwa bekommt er beim Lachen eine eigentümliche Schwäche im Gesicht, »das Gesicht fällt um«, wie er sich ausdrückt. Er kann dem nicht widerstehen und muß sich von seiner Umgebung abwenden, um nicht ausgelacht zu werden. Dieser Tonusverlust im Gesicht soll auch einmal aufgetreten sein, als er rasch zur Bahn ging und fürchtete, den Zug zu versäumen. Bei zornigen Affekten hat er nie Ähnliches bemerkt.

Seine Libido, die früher sehr rege war, hat in den letzten Jahren wesentlich nachgelassen. Am Tage nach dem Verkehr fühle er sich sehr müde. Nikotin- und Alkoholabusus werden zugegeben.

Körperlicher Befund: Pykniker. Die inneren Organe ohne krankhaften Befund. Der Puls 72, regelmäßig, Blutdruck 125/80. Extremitäten: Akrozyanose, feuchte Hände.

Nervensystem: Links geringe Ptosis, Andeutung von Chvostek beiderseits.

Psychisch fällt das mangelnde Distanzgefühl, das Sich-gehen-lassen des Patienten auf. Er ist geordnet. Die Intelligenz ist unterwertig. Die Stimmungslage ist gehoben, in bezug auf seine Krankheit auffallend euphorisch. Starke Affektlabilität.

Patient wurde am 16. 2. 1928 hier aufgenommen und konnte leider nur kurze Zeit beobachtet werden. Er schlief untertags häufig ein, war jedesmal leicht zu wecken. Einmal wurde ein Lachanfall beobachtet. Er verliert dabei die Herrschaft über seine Gesichtsmuskulatur. Seine Gesichtsmuskeln hängen dabei wie bei einer doppelseitigen Facialisparese vollkommen schlaff. Willkürlich kann er diesen Zustand nicht direkt beeinflussen, sondern er muß an etwas Ernstes denken, um allmählich seine Muskeln wieder beherrschen zu können.

Auch hier stehen im Vordergrund Schlafanfälle und ein eigentümlicher, in der letzten Zeit überwiegend nur auf das Gesicht beschränkter affektiver Tonusverlust.

Überblicken wir die drei Fälle, so ist bemerkenswert, daß in den beiden ersten Fällen der Tonusverlust bei den Schlafanfällen gewissermaßen von oben nach unten fortschreitet, und daß im dritten Fall es überwiegend zu einer Atonie der Facialismuskulatur kommt. Dieser Tonusverlust kann — von ganz leichten Anfällen des Falles 2 abgesehen — nie durch einen Willensimpuls aufgehoben werden, sondern höchstens durch gegenteilige affektbetonte Vorstellungen.

Rothfeld versucht den Tonuswechsel beim Lachen durch eine wechselnde Thalamussperre zu erklären, wodurch sich bei einem erschöpfbaren Thalamus auch der allmählich zunehmende Tonusverlust erklären ließe. Die Anfälle, bei denen der Tonusverlust schlagartig erfolgt, wie im Fall 1 (bei der Absage des Mädchens), im Fall 2 (beim Hören von Musik oder bei starken Affekten), wären dann wohl so zu deuten, daß dabei der Affekt als mächtige Impulswelle mit einemmal den Thalamus durchbricht und die Dysfunktion im Striatum und Pallidum erzeugt.

Für den Schlaf, den *Trömner* heute als ein »komplexes Problem der Partialzentren« (Thalamus, Infundibulum, Boden des 3. Ventrikels, Gegend der Augenmuskelkerne) ansieht, weist er dem Thalamus die »präzise Regulierung des Hirnschlafes« zu, so daß funktionelle Veränderungen des Thalamus auch die Schlaffunktion beeinflussen. Der partielle Schlafzustand (akustische Aufnahmefähigkeit) des Falles 2, ebenso wie sein verzögertes psychomotorisches Erwachen ist nach *Trömner* als ein Partialerwachen des Sensoriums bei fortdauernden Hemmungen des Motoriums anzusehen. Die kombinierten Handlungen des ersten Falles und das Gehen im Schlaf wären umgekehrt als ein Partialerwachen des Motoriums bei Hemmungen des Sensoriums zu deuten. *Trömner* führt solche Erscheinungen auf einen Dissoziationszustand der Hirnrinde zurück, während *Marburg* sie auf funktionelle Rindenschichtung bezieht. Für eine solche Dissoziation spricht im Fall 1 die Fortdauer von kombinierten Handlungen, im Fall 2 das Erhaltenbleiben der akustischen Aufnahmefähigkeit im Schlafzustand.

Interessant sind die Sensationen des Falles 1, die als Berührungsparästhesien in der Schädelhaut empfunden wurden. Auch das Gefühl des Zusammenkrampfens des ganzen Körpers beim Erwachen und Einschlafen und die allgemeinen Kälteparästhesien weisen vielleicht auf eine vegetative Komponente des Krankheitsbildes hin. Im Falle 2 wurden ähnliche Sensationen zuerst als Ruck des ganzen Körpers nach oben und später des öfteren als eine Umschnürung des Kopfes empfunden.

Bei unseren Fällen kamen ferner folgende Symptome zur Beobachtung, die bei Narkolepsie doch recht ungewöhnlich und für die Frage der Pathogenese bemerkenswert sind: Der *Horner*sche Symptomenkomplex, das Schwanken der Lautstärke beim Sprechen in ärgerlicher Erregung, die Paraphasien in Fall 1.

Ob als auslösendes Moment das Trauma im Fall 1 in Frage kommt, ist recht schwierig zu beantworten. Einige Autoren nehmen auf Grund einer Organanlageschwäche eine solche Möglichkeit an. Ebenso ist es unbestimmt, inwieweit die 1918 überstandene Grippe im Falle 2 und 3 pathogenetisch zu verwerten ist. Fälle, wo die Narkolepsie als postencephalitisches Symptom aufzufassen ist, sind ja bekanntlich in der Literatur verzeichnet.

Wieweit die psychische Struktur vom subkortikalen Unterbau abhängig ist, bleibt bei dem heutigen Stand unseres Wissens um die Anatomie und Physiologie dieser Gebilde nur Vermutung. Jedenfalls ist die große Affektlabilität unserer drei Fälle, das Vagantenhafte der ersten und zweiten Persönlichkeit, das Unzuverlässige und wenig Geschlossene der dritten im Zusammenhang mit den übrigen Erscheinungen, die auf das Stammhirn hinweisen könnten, bemerkenswert.

Bedeutung des kulturellen Nachweises von Tuberkelbazillen für die Diagnostik tuberkulöser Erkrankungen in Heil- und Pflegeanstalten [1]).

Von

Dr. med. Walter Sauer.

Durch die Arbeiten von *Löwenstein* [1] und *Sumiyoshi* [2] ist die Aufmerksamkeit weiter ärztlicher Kreise auf den Nachweis von Tuberkelbazillen mittels Kulturverfahren hingelenkt worden. Die früheren auf *Robert Koch* [3] zurückgehenden Züchtungsversuche waren infolge mannigfacher Schwierigkeiten nur für den Fachbakteriologen geeignet, durch das *Löwenstein*sche Verfahren und etwas später durch die einfache Methode von *Hohn* [4] [5], die ihrerseits wieder eine vereinfachte Modifikation des *Lubenau*schen Nährbodens darstellt, konnte in weit größerem Umfang als bis dahin das Kulturverfahren zum Tuberkelbazillennachweis bei mikroskopisch negativem Befund herangezogen werden; es hat sich seitdem zu einem praktisch bedeutungsvollen Faktor in der Diagnostik tuberkulöser Erkrankungen entwickelt.

Verschiedene Autoren haben an Hand großen Materials über den Wert der neueren Kulturverfahren berichtet; die meisten sprachen sich sehr günstig über die kulturellen Verfahren aus und halten sie dem Tierversuch für mindestens gleichwertig, wenn nicht für überlegen. Aus der großen Zahl der Bearbeiter nenne ich *Engel* [6], *Krause* [6a], *Matthias* [7], *Schrader* [8], *Sonnenschein* [9] u. a. Diese äußerten sich sehr günstig über das Kulturverfahren. *Dimtza* [10] kommt auf Grund chirurgischen Materials zu dem Schluß, daß das Kulturverfahren nach *Hohn* allen anderen Methoden überlegen ist und daß der Tierversuch zu wünschen übrig lasse; *Krause* konnte an Lungenheilstättenmaterial eine Mehrausbeute von 23,4% gegenüber der mikroskopischen Untersuchung erzielen. Andererseits haben *Deinse* [11], *Seelemann* und *Klingmüller* [12], *Schmidt* [13], *Sütterlin* [14] u. a. sich in der Weise geäußert, daß die Kulturverfahren zwar eine erhebliche Bereicherung unserer diagnostischen Hilfsmittel im Kampfe gegen die Tuberkulose dar-

---

[1]) Aus der Landesheilanstalt Schleswig-Stadtfeld.

stellen, doch dem Tierversuch aus verschiedenen Gründen unterlegen wären.

Der Tierversuch galt ja bis zur Einführung praktisch brauchbarer Kulturmethoden als die Methode, um nach negativ verlaufener mikroskopischer Untersuchung des Ausstrichmaterials den Nachweis des Bestehens bzw. Nichtvorhandenseins einer Tuberkulose zu führen. Die Methode des Tierversuches leidet aber an zwei sehr wesentlichen Übelständen; es vergehen 2—3 Monate, ehe ein durch die Sektion des betreffenden Tieres abschließendes Urteil zu gewinnen ist, außerdem stellt sich ein Tierversuch abgesehen von einigen technischen Schwierigkeiten durch Beschaffung des Tieres und des für die Dauer des Versuches nötigen Futters verhältnismäßig teuer, so daß ein Tierversuch nur für relativ wenige, klinisch sehr wichtige Fälle in Frage kam. Aus diesen Gründen war es nicht wunderlich, wenn für die Praxis brauchbare und billige Methoden gesucht wurden, mit denen schnell und zuverlässig bei negativem oder verdächtigem Untersuchungsmaterial ein Nachweis von Tuberkelbazillen geführt werden kann.

Brechmann[15] hat auf Grund des an einem hygienischen Institut gesammelten Materials über den Wert der *Hohn*schen Methode berichtet. Wenn zwar *Brechmann* sagt, daß für Sputumuntersuchungen das Kulturverfahren für den praktischen Betrieb im Laboratorium nicht in Frage käme, so kann ich ihm darin wohl zustimmen, muß ihm aber entgegenhalten, daß die Verhältnisse in Heil- und Pflegeanstalten ganz anders liegen. Für die Bedürfnisse des Praktikers wird es in der Tat genügen, wenn bei negativem oder verdächtigem Material eine wiederholte Untersuchung im einfachen Ausstrichpräparat vorgenommen wird. Während bei ruhigen Tuberkulösen und Verdächtigen mit Auswurf dieser beliebig oft und ohne besondere Schwierigkeiten zur Untersuchung abgegeben werden kann, bestehen bei Geisteskranken meist sehr große Schwierigkeiten, weil das Sputum verschluckt oder irgendwohin verschmiert wird, was sich selbst durch genaueste Beobachtung nicht immer verhindern lassen wird.

Infolge der wohl fast in allen Anstalten herrschenden Bettennot ist eine Engerbelegung auf den Abteilungen unabwendbar, wodurch wiederum die Möglichkeit der Verbreitung von Infektionen bedeutend gesteigert wird. Um so mehr ist es ärztliche Pflicht, alle infektiösen Tuberkulösen zweckentsprechend und frühzeitig zu isolieren. Zu diesem Übelstand kommen noch eine Reihe erschwerender Umstände hinzu, die eine rechtzeitige Erkennung der Offen-Tuberkulösen und damit ihre Isolierung verhindern. Denn einmal lassen uns die Gewichtskontrollen oft im Stiche, da diese bei psychisch Erkrankten sehr häufig im Verlauf ihres Leidens

vorkommen, ohne daß es sich um eine Tuberkulose handelt, und als weiteres und sehr wichtiges Moment kommt unter Berücksichtigung der Verhältnisse in Heil- und Pflegeanstalten noch folgendes in Betracht: Während der Internist und insbesondere der Lungenfacharzt oft mit besonders feinen physikalischen Untersuchungsmethoden im Verein mit dem Röntgenbild, das zu deuten wiederum ein Sonderfach ist, auch bei Patienten mit negativem Auswurfbefund die Diagnose auf Tuberkulose stellen kann, ist der Anstaltsarzt in solchen Fällen nicht in der Lage, eine sichere Diagnose zu stellen. Einmal ist eine Untersuchung der betreffenden Kranken oft ganz unmöglich, die Kranken halten nicht still, sind nicht zu richtigem Atmen zu veranlassen, sie reden dauernd dazwischen usw. Dann beherrschen wohl die wenigsten Psychiater die feinen neueren physikalischen Untersuchungsmethoden, ferner verfügen nicht alle Anstalten über leistungsfähige Röntgenapparate, bzw. es fehlt an einem Spezialisten, der aus geringsten Zeichen einen sicheren Befund deuten kann.

Erfahrungsgemäß ist die Zahl Lungentuberkulöser in Heil- und Pflegeanstalten nicht gering. Für unsere Anstalt Stadtfeld hat *Ostmann* [16] darüber berichtet. Aus den verschiedenen angeführten Gründen schien es mir angebracht, an Hand unseres Untersuchungsmaterials verdächtiger Fälle den Wert des Kulturverfahrens zum Tuberkelbazillennachweis nachzuprüfen.

Stephanie Lichtenstein [16] hat beim Vergleich des *Hohn*schen Nährbodens mit einem von *Petragnani* [18 19 20] angegebenen letzterem den Vorzug gegeben. Ich habe daher ebenfalls in unserem Laboratorium beide Nährboden nebeneinander verwandt, um einen eventuellen Unterschied zwischen beiden festzustellen.

Da die Literatur über die Herstellung der Nährböden, Verimpfung usw. dem Fachpsychiater wohl nur schwer zugänglich sein wird, soll in kurzen Zügen die Technik beider Verfahren angegeben werden:

I. *Hohn*scher Eiernährboden: Die Schale der zu verwendenden 3 Eier wird mit Alkohol abgerieben, die Spitzen mit sterilem Messer eingeknickt und der Inhalt des Eies in ein steriles Glas mit Schüttelperlen geblasen. Nach gründlichem Durchschütteln wird eine 5 proz. Glyzerinbouillon zugegeben. Und zwar kommen auf 3 Teile Ei 1 Teil Bouillon (natursauer). Nach gutem Durchschütteln wird die Masse in sterile Reagenzgläser abgefüllt und bei 90° im Dampftopf schrägliegend erstarrt.

II. *Petragnani*scher Nährboden: 150 ccm Milch, 6 g Kartoffelmehl, 1 g Pepton und 1 große Kartoffel werden 10 Min. auf einem Wasserbade unter ständigem Schütteln gekocht und dann 1 Stunde auf kochendem Wasser stehen gelassen. Danach Abkühlen auf 50° und Zusatz von 4 ganzen Eiern, 1 Eigelb, 12 ccm Glyzerin und 10 ccm einer 2 proz. Malachitgrünlösung. Diese Masse wird dann in Röhrchen abgefüllt und schräg liegend

sterilisiert. Am 1. Tage 20 Min. bei 80°, am 2. und 3. Tage je 15 Min. bei 55°.

1—2 ccm des verdächtigen zu untersuchenden Materials (Sputum, Eiter, Urin usw.) werden in einem Zentrifugenglase mit einer 10 proz. HCl-Lösung übergossen und bleiben dann 20—30 Min. stehen, danach wird scharf 10 Min. zentrifugiert. Die obenstehende klare Flüssigkeit wird abgegossen und das dicke Sediment auf je 2—3 Röhrchen jedes Nährbodens verimpft. Man verreibt etwa 3—5 Ösen des Sediments auf der ganzen Fläche des einzelnen Nährbodenröhrchens. Nachdem die Wattestopfen durch Paraffin verschlossen sind, kommen die Röhrchen in den 37° Brutschrank, wo sie mindestens 18 bis 21 Tage verbleiben. Es empfiehlt sich jedoch, in einzelnen Fällen den Brutschrankaufenthalt bis zu 5 Wochen auszudehnen; andererseits läßt sich in einzelnen Fällen schon nach 14 Tagen ein üppiges Wachstum nachweisen. Von allen Röhrchen, auch von den makroskopisch unbewachsen aussehenden müssen Ausstrichpräparate angelegt werden, die in der bekannten Weise nach *Ziehl-Neelsen* gefärbt werden.

Die hier angegebene Technik entspricht nicht in allen Punkten den betreffenden Originalvorschriften, z. B. ist die Verwendung der HCl statt der ursprünglich angegebenen H_2SO_4 zur Abtötung der ev. vorhandenen Begleitbakterien von *St. Lichtenstein* angegeben worden und hat sich mir sehr gut bewährt. Auf Grund vorstehender Angaben kann aber jede technische Assistentin oder Laborantin, die einigermaßen in bakteriologischen Arbeiten erfahren ist, in einem kleinen Laboratorium mit einfachen Behelfsmitteln, über das doch jede Anstalt in der Regel verfügt, das Kulturverfahren ansetzen. Unsere Versuche hat die technische Assistentin der Anstalt Fräulein *L. Hinrichsen* durchgeführt, wofür ich ihr auch an dieser Stelle meinen besten Dank abstatten möchte.

Es kamen zur Untersuchung insgesamt 153 Untersuchungsproben, die sich folgendermaßen verteilen:

Zahl der Fälle	davon: Sputa	Eiter	Urine	Stuhlproben
153	139	4	2	8

Da das Material unserer Anstalt zu einer eingehenden kritischen Würdigung eines Kulturverfahrens nicht ausreichte, bzw. sich die Versuche über zu lange Zeit erstreckt hätten, habe ich 78 Sputa verdächtiger Fälle aus einem Krankenhause, welches unter Leitung eines Lungenfacharztes steht und dem ich für die Überlassung des Materials sehr zu Danke verpflichtet bin, mit bei unseren Versuchen verwandt.

Angesetzt wurden neben einzelnem mikroskopisch positivem Kontrollmaterial nur solches verdächtiger Fälle, bei denen klinisch keine sichere Tuberkulose oder überhaupt nichts festzustellen war. Ebenso stammen die Krankenhausproben von derartigen verdächtigen Fällen, allerdings mit dem Unterschied, daß der Facharzt in fast allen Fällen eine Lungentuberkulose diagnostiziert hatte.

Den Ausfall unserer Kulturversuche zeigt folgende Tabelle:

	Sputa	Eiter	Urine	Stuhlproben
mikr. +	49	1	1	1
mikr. — kult. +	43	1	0	2

Da uns besonders wegen ihrer Wichtigkeit der Ausfall der Sputumuntersuchungen interessiert, sind diese in der folgenden Tabelle zusammengestellt, wobei die 14 Proben anderer Herkunft unberücksichtigt bleiben sollen:

Zahl der Fälle	Anstalt 61	Krankenhaus 78	Summe 139
davon mikr. +	5	44	49
„ kult. +	4	41	45
Versager bei Kultur	1	3	4
davon mikr. —	56	34	90
„ kult. +	22	21	43
Prozentzahl	39,2	64,7	47,7

Bei Betrachtung der Zusammenstellung fällt zunächst auf, daß nicht alle mikroskopisch positiven Fälle in der Kultur angegangen sind; bei 49 derartigen Fällen versagte viermal das Kulturverfahren. Diese an sich auffällige Tatsache ist jedoch schon von verschiedenen Beobachtern bei ihren Untersuchungen gefunden worden (*Brechmann*, *Sonnenschein* u. a.). Die Ursache dafür, ob Zufall oder ob die in dem betreffenden Material vielleicht recht spärlich vorhandenen Bazillen durch die Säureeinwirkung abgetötet sind und die nach *Hohn* als »Leichen« zu bezeichnen wären, mag dahingestellt bleiben. Diese vereinzelten Versager sprechen nicht gegen das Kulturverfahren, zumal ja für die praktischen Bedürfnisse der Nachweis der Bazillen im Ausstrich genügen dürfte und eine Bestätigung durch die Kultur überflüssig erscheint.

Betrachtet man die mikroskopisch negativ verlaufenen Untersuchungen, die sich aber kulturell positiv erwiesen, so sind die Fälle getrennt nach ihrer Herkunft zu besprechen. Bei unserem Anstaltsmaterial kamen mit Ausnahme von etwa 10 Fällen nur solche zur Untersuchung, die nicht auf den Tuberkuloseabteilungen untergebracht waren und bei denen aber an eine Tuberkulose gedacht werden konnte, ohne daß auf Grund klinischer Untersuchung die Diagnose wahrscheinlich war. Von diesen 56 Verdachtsfällen konnten 22, d. s. 39,2% als positiv ermittelt werden.

Dagegen liegen die Verhältnisse bei dem aus dem Krankenhause stammenden Material etwas anders. Von den 34 Verdachts-

fällen waren 30 als »aktiv tuberkulös« bezeichnet worden, in diesen Fällen war der positive Bazillenbefund durch die Kultur nicht verwunderlich. 4 Fälle wurden als »geschlossen« und nicht »spezifisch« erkrankt angesehen, bei diesen war der positive Bazillennachweis aber überraschend. Aus diesen Gründen verschiebt sich auch das sonst erstaunlich hohe Resultat von 64,7% Kulturerfolge. Wir hätten etwa anzunehmen, daß von 30 aktiven Fällen in 17, und bei 4 unspezifischen Fällen in 4 das Kulturverfahren einen Nachweis von Tuberkelbazillen erbrachte.

Interessant ist nun weiter, wie sich die beiden Nährböden bei unseren Untersuchungen verhalten haben. Rein zahlenmäßig ergab sich, daß öfter *Petragnani*-Röhrchen als *Hohn*-Röhrchen bewachsen waren, andererseits sind auch einige wenige *Petragnani*-Röhrchen steril geblieben, während die Kultur auf dem *Hohn*-Nährboden anging. In weitaus der Mehrzahl der Fälle waren jedoch beide Nährböden bewachsen. In der Art des Wachstums dagegen zeigte sich ein ganz erheblicher Unterschied, insofern als die Kolonien auf *Petragnani*-Nährboden bedeutend größer waren, ferner daß sie infolge ihrer intensiv geblich-braunen Farbe sehr leicht und deutlich von dem zart grünlichen Malachitgrünboden zu unterscheiden waren, während auf dem *Hohn*schen Nährboden infolge seiner gelben Eigenfarbe kleine zarte Kolonien leicht übersehen werden können. Zeitlich haben wir keinen Unterschied im Wachstum der Kolonien finden können. Ebenso wiesen die mikroskopischen Bilder des Materials von beiden Nährboden das gleiche »zopfige« Bild auf.

Ich schließe mich daher auf Grund meiner Arbeit mit beiden Nährböden den Mitteilungen von *Blumenberg*[21] und *Lichtenstein* an, die beide den *Petragnani*-Nährbodem dem *Hohn*schen für überlegen erklären. Trotzdem scheint es mir zweckmäßig, weil in einzelnen Fällen eine Kultur auf dem *Petragnani*-Nährboden nicht angeht, die vielleicht auf dem *Hohn*schen zum Wachstum kommen könnte, beide Nährböden nebeneinander zu verwenden, was in Anbetracht der nicht teuren Herstellung durchzuführen ist. Selbst bei Verwendung mehrerer Röhrchen beider Nährböden in jedem verdächtigen Falle sind die Kosten dieser Kulturverfahren erheblich geringer als die eines Tierversuches. Zieht man ferner die sehr günstigen Resultate und den ganz erheblichen Zeitgewinn gegenüber dem Tierversuch in Betracht, so läßt sich zusammenfassend sagen, daß wir im Kulturverfahren zum Nachweis von Tuberkelbazillen im Sputum eine nicht kostspielige, für die Praxis brauchbare, sicher und schnell arbeitende Methode in Händen haben, die infolge ihrer günstigen Eigenschaften geeignet erscheint, auch in Heil- und Pflegeanstalten in weitestem Umfange angewandt zu werden.

Literaturverzeichnis:

1. *Löwenstein*, Wiener Klin. Wochenschr. *1925*, S. 29. — 2. *Sumiyoshi*, Zeitschr. f. Tuberk. *1925*, S. 35. — 3. *Koch*, Berl. Klin. Wochenschr. *1882*, S. 15. — 4. *Hohn*, Münch. Med. Wochenschr. *1926*, H. 15 und 5. Zentralbl. f. Bakt. Abtlg. I Orig. *98*, H. 7—8 und *103*, H. 6—8. — 6. *Engel*, Deutsche Med. Wochenschr. *1927*, H. 24. — 6a. *Krause*, Zeitschr. f. Tuberk. *54*, H. 3. — 7. *Matthias*, Klin. Wochenschr. *1928*, H. 8. — 8. *Schrader*, Zentralbl. f. Bakt. Abtlg. I Orig. *102*, H. 4—5. — 9. *Sonnenschein*, Münch. Med. Wochenschr. *1927*, H. 36 und Zeitschr. f. Tuberk. *1928*, H. 3. — 10. *Dimtza*, Arch. f. Klin. hir. *150*, H. 4. — 11. *Deinse*, zitiert nach Zentralbl. f. d. ges. Hygiene *18*, S. 244. — 12. *Seelemann* u. *Klingmüller*, Zentralbl. f. Bakt. Abtlg. I Orig. *104*, H. 7—8. — 13. *Schmidt, Fr.* Zentralbl. f. Bakt. Abtlg. I Orig. *101*, H. 6—7. — 14. *Sütterlin*, Münch. Med. Wochenschr. *1927*, H. 28. — 15. *Brechmann*, Centralbl. f. Bakt. Abtlg. I Orig. *111*, H. 1. — 16. *Ostmann*, Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie *85*, H. 7—8. — 17. *Lichtenstein*, Zentralbl. f. Bakt. Abtlg. I Orig. *108*, H. 5—6. — 18. *Petragnani*, zitiert nach Zentralbl. f. d. ges. Hygiene *14*, S. 423. — 19. Derselbe, zitiert nach Zentralbl. f. d. ges. Hygiene *18*, S. 712. — 20. Derselbe, zitiert nach Zentralbl. f. d. ges. Hygiene *19*, S. 468. — 21. *Blumenberg*, Deutsche Med. Wochenschr. *1929*, H. 29.

Die distriktspolizeiliche Einweisung der Trinker in Bayern[1].

Von

Dr. **Faltlhauser**-Kaufbeuren, früher Erlangen.

Die distriktspolizeiliche Einweisung der Trinker ist in Bayern — ich spreche nur von den uns in erster Linie berührenden Verhältnissen unseres engeren Vaterlandes — durch den Erlaß des Staatsministerium des Innern Nummer 5312 a 55 vom 8. Januar 1926, betreffend den Vollzug des Artikels 80 Abs. II B. Pol.-StrGB. bei Trinkern in ein neues aktuelles Stadium getreten, an dem nicht nur die Trinker selbst, sondern insbesondere auch die Heil- und Pflegeanstalten auf das Stärkste interessiert sind.

Es haben sich im Vollzug dieses Erlasses eine Reihe wichtiger Fragen ergeben, zu denen wir Psychiater nunmehr, nachdem der Erlaß 3 Jahre in Wirksamkeit ist und nachdem somit Erfahrungen bestimmter Art bereits vorliegen, Stellung nehmen müssen, um so mehr als es mir scheint, als ob die Ansichten in den eigenen Reihen nicht immer und in jedem Falle übereinstimmende seien. Ich habe mich deshalb gerne dem Auftrage unterzogen, in dieser Versammlung zu diesem Thema zu sprechen.

Es scheint mir, als ob es hauptsächlich 4 Fragen wären, die der Klärung bedürften.

1. Ist die Anwendung des Artikel 80 Abs. II des Pol.-StrGB. auf die Trinker, wie der Erlaß es tut, auch vom Standpunkt des Psychiaters und nicht nur von dem des Verwaltungsjuristen berechtigt?

2. Wenn die Frage der Berechtigung der distriktspolizeilichen Einweisung der Trinker bejaht wird, ist die im Erlaß vorgesehene Einweisung in die öffentlichen Heil- und Pflegeanstalten gerechtfertigt oder wäre der Trinker vielleicht besser in Spezialanstalten unterzubringen?

---

[1]) Vortrag gehalten auf der 23. Jahresversammlung des Vereins Bayerischer Psychiater in der Psychiatrischen Klinik in München am 14. Juli 1929.

3. Wenn für bestimmte in Frage kommende Trinkerkategorien die öffentlichen Heil- und Pflegeanstalten der geeignete Ort für Verwahrung und Behandlung sind, besteht dann für die Anstalten nicht die Gefahr der Überlastung?

4. Wenn die Frage nach der Zweckmäßigkeit der Unterbringung in Spezialanstalten, wie wir sehen werden, für die Mehrzahl der verwahrungsbedürftigen Trinker verneint wird, welches ist dann vom Standpunkt der modernen Psychiatrie die geeignetste Behandlung dieser Trinker, welche Maßnahmen sind hierfür notwendig und unerläßlich?

Wenden wir uns der Frage 1 zu.

Der Artikel 80 Abs. II des Pol.-StrGB. ist Ihnen allen wohlbekannt. Er wird nach seinem Wortlaut angewendet auf Blödsinnige oder Geisteskranke, die einen Angriff gegen Personen oder fremdes Eigentum verübt oder die öffentliche Sittlichkeit verletzt haben, wenn wegen Unzurechnungsfähigkeit ein Strafverfahren gegen sie gar nicht eingeleitet worden ist oder ein das Strafverfahren einstellendes Erkenntnis erfolgt ist oder wenn die Gemeingefährlichkeit in sonstiger Weise festgestellt ist.

Nun wird von manchem Psychiater behauptet, die Trinker seien keine Geisteskranken und seien für ihre Handlungen auch verantwortlich, also nicht unzurechnungsfähig. Es sei deshalb der Artikel 80 Abs. II nicht auf sie anwendbar. Diesen Einwand hat der Erlaß selbst seinerzeit vorausgesehen und hat ihm zu begegnen versucht, wenn er sagt: »Manche Bezirksärzte nehmen an der Einweisung von Trinkern in Heil- und Pflegeanstalten deswegen Anstoß, weil ein solcher Trinker doch eigentlich nicht geisteskrank sei..... Dieses Bedenken ist wenig begründet. Der gewohnheitsmäßig im Unmaß genossene Alkohol, wirkt als Nervengift und selbst wenn es sich um einfachen Alkoholismus handelt, so fehlen neben körperlichen nervösen Störungen nie psychische Elementarstörungen des Fühlens und Wollens (Reizbarkeit, Zorn- und Wutausbrüche, Verstimmungen, Selbstmordanwandlungen, Willensschwäche, Apathie, impulsive und episodische Gewalttaten usw.)«. Wer die Symptomatologie des chronischen Alkoholismus kennt, wird diesen Ausführungen beipflichten. Es ist nun richtig, daß aus diesen Symptomen an sich noch nicht die generelle Unzurechnungsfähigkeit der Trinker für begangene Straftaten abzuleiten ist. Es entscheidet wohl auch hier der individuelle Fall. Es ist an sich kein Zweifel, daß einfache Betrunkenheit, der Rausch, daß die gewöhnlichen heruntergekommenen Trinker nicht unter die Voraussetzungen des § 51 StrGB. fallen. Zweifelhaft wird jedoch die Frage schon bei Trinkern, bei denen sich der chronische Alkoholismus auf dem Boden einer schweren Psychopathie entwickelt hat. Und um diese Fälle handelt es sich

nach meiner Auffassung gerade hier. Wer viele Trinker, stark psychopathisch unterlegte Trinker sieht, wird die Erfahrung machen, daß bei ihnen unter Alkoholwirkung selbst bei Anlegung des strengsten Maßstabes tatsächlich eine erhebliche Einschränkung, wenn nicht Aufhebung des Bewußtseins eintritt, sodaß in sehr vielen Fällen zumindestens von einer erheblichen Einschränkung der Zurechnungsfähigkeit gesprochen werden muß, in manchen Fällen sicher von einer Aufhebung. Diesen Standpunkt vertreten alle Psychiater, die eine ausgedehnte Erfahrung mit chronischen Alkoholisten besitzen, so insbesondere Wlassak, Meggendorfer u. a. Zu dieser Frage, ob Trinker als geisteskrank oder nicht anzusehen sind, möchte ich doch als einen Kronzeugen den oben genannten in der Trinkerbehandlung wohl mit erfahrensten Psychiater selbst sprechen lassen. Wlassak nennt den Streit, ob der chronische Alkoholist als geisteskrank anzusehen ist oder nicht, einen würdelosen Tanz. Für den psychiatrisch Gebildeten könne es natürlich keine Frage sein, daß auch der Alkoholismus chronicus ohne jede Sinnestäuschung eine Geisteskrankheit darstellte.

Wenn also die Zurechnungsfähigkeit schwerer Trinker als in einzelnen Fällen aufgehoben oder doch in sehr vielen Fällen als erheblich eingeschränkt zu bezeichnen ist, so ist es auch kein Zweifel, daß ihre zwangsweise Verwahrung gerechtfertigt ist. Wir Psychiater dürfen uns heute nicht mehr auf den starren Standpunkt stellen, der vielleicht zu Zeiten der Entstehung des Artikel 80 Abs. II im Jahre 1861 bzw. 1871 berechtigt war. Heute, wo die Durchführung eines neuen Reichsstrafgesetzbuches, welches in Zukunft vorsieht, daß in ihrer Zurechnungsfähigkeit geminderte und deshalb minderbestrafte Personen über ihre Strafe hinaus noch in Heil- und Pflegeanstalten unterzubringen sind, nur noch eine Frage der Zeit ist, sollten gerade wir Psychiater nicht mehr mit veralteten Anschauungen operieren. *Wlassak* ist es wieder, der uns sagt, daß man bezüglich der Einweisung von Trinkern in eine Anstalt nicht unklare, pseudomedizinische Indikationen hervorheben soll, sondern die klare soziale Indikation, die soziale Gemeingefährlichkeit des Trinkers und die Gefährdung des Schicksals der Angehörigen eines solchen Menschen. Die Trinkerfürsorgegesetze der schweizerischen Kantone Zürich und St. Gallen halten sich auch an diese soziale Indikation. Ich möchte nicht falsch verstanden werden. Ich will noch einmal ausdrücklich betonen, daß ich in meinen Ausführungen nichts weniger beabsichtige, als eine generelle Unzurechnungsfähigkeit der chronischen Trinker zu konstruieren. Daß ich sie in den Zeiten, in denen sie nicht unter dem komplizierenden Einfluß von Alkohol stehen, für in jeder Weise zurechnungsfähig halte, ist selbstverständlich. Es

ist auch kein Grund einzusehen, warum man Trinker je nach Lage der Sache nicht einerseits der Irrenanstalt, andererseits aber bei strafbaren Handlungen, bei denen bezüglich ihrer Zurechnungsfähigkeit kein Zweifel ist, nicht auch der gebotenen Bestrafung zuführen soll. In Erlangen wird seit langem nach dieser Auffassung gehandelt.

Bei der Behandlung der Trinker ist in Rechnung zu setzen, daß die im Strafgesetz bisher vorgesehenen Maßnahmen bei Trinkern erfahrungsgemäß in der Praxis versagen und die in erster Linie betroffenen Angehörigen tatsächlich schutzlos lassen. Wer von uns hat schon einmal die Verurteilung eines Trinkers nach § 361 Ziffer 5 des Reichsstrafgesetzbuches erlebt? Die Mißhandlung der Ehefrauen und Kinder durch die Trinker wird nur auf Antrag verfolgt. Welche Ehefrau läßt sich dazu herbei? Sie muß Privatklage stellen. Dies ist mit Kosten verbunden oder muß im Armenrecht durchgeführt werden. Die Zeitdauer von der Stellung des Strafantrages bis zur Verhandlung ist lang, die ausgesprochene Strafe gering. Bis zur Rechtskraft des Urteils und bis zur Strafverbüßung vergeht wieder geraume Zeit. Der meist durch Anlage und Trunksucht rohe Ehemann wird durch den Strafantrag und die evtl. ausgesprochene Strafe nur noch gereizter. Die Stellung der Ehefrau wird dadurch noch mehr verschlechtert. Und die Folgen sind neue Skandale und Mißhandlungen. In vielen Fällen würde es überhaupt nur zu einer Geldstrafe kommen, deren Bezahlung wiederum die Familie auszukosten hätte.

Modern psychiatrische Anschauungen drängen also gerade dazu, die Grundsätze des Erlasses des Bayerischen Staatsministeriums des Innern bezüglich der Behandlung der Trinker nach Artikel 80 nicht nur rechtlich — die rechtliche Begründung ist im Erlaß selbst gegeben —, sondern auch psychiatrisch zu billigen und als zweckmäßig zu bezeichnen. Sie erfassen vielmehr noch weitblickend und vorausschauend die Bedürfnisse der Zeit.

Nach meiner persönlichen Auffassung ist es übrigens ein müßiger Streit um Worte, ob wir Psychiater mit allen Einzelheiten des Erlasses einverstanden sind oder nicht. Solange der Erlaß gesetzlich zu Recht besteht, haben wir uns eben an ihn zu halten.

Nun zur zweiten Frage.

Der Erlaß, dessen Berechtigung als zutreffend anerkannt ist, sieht die Einweisung der Trinker in die öffentlichen Heil- und Pflegeanstalten vor. Sind diese nun der geeignete Ort für ihre Verwahrung und Behandlung? Würden sie nicht besser in Spezialanstalten (Trinkerheilstätten) untergebracht?

Diese Frage kann nicht generell mit einem Ja oder Nein beantwortet werden. Auch hier werden wieder bestimmte Unterscheidungen und zwar Unterscheidungen bezüglich der beson-

deren Art der Trinker gemacht werden müssen. Es spielen hier verschiedene Fragen eine Rolle. Ich scheide zunächst alle diejenigen Alkoholpsychosen aus, die auch bisher schon immer als Psychosen sensu stricto nach einhelliger Meinung aufgefaßt wurden, wie die Alkoholepilepsie, das Delirium tremens, der Alkoholwahnsinn, der Eifersuchtswahn der Trinker, die Korsakowsche Psychose usw. Daß die an diesen Psychosen Erkrankten in eine Irrenanstalt gehören, darüber hat wohl nie ein Zweifel bestanden. Fraglich blieb die Auffassung bisher ja nur bezüglich des Alkoholismus chronicus. Wir wissen, daß der chronische Alkoholismus in seinen Grundlagen sehr verschieden sein kann, daß exogene und endogene Momente die Entstehung des chronischen Alkoholismus verursachen können. Die ersteren sind Umweltswirkungen, wobei namentlich die Art und Stärke der Trinksitten von erheblichem Einfluß sind. Die endogenen Momente bilden die verschiedenartigsten Veranlagungen, die sich in dem Begriff der psychopathischen Veranlagungen zusammenfassen lassen. Man darf annehmen, daß auch die Auswirkungen des chronischen Alkoholmißbrauches um so einschneidendere und verheerendere sind, je ausgesprochener und schwerer die psychopathischen Veranlagungen sind, auf denen der chronische Alkoholismus erwächst.

Je nach der besonderen Art, ich möchte sagen, nach der besonderen psychischen Struktur der einzelnen Trinker halte ich die Notwendigkeit und Art ihrer Unterbringung für eine verschiedene. Dabei sprechen nach den gegebenen Verhältnissen noch Besonderheiten mit, die außerhalb der psychischen Eigenart des zu Verwahrenden gelegen sind, z. B. dessen religiöse, aber auch dessen soziale Beeinflußbarkeit.

Es ist mir wohl bekannt, daß neben vielen in der Trinkerfürsorge tätigen psychiatrischen Laien auch Psychiater auf dem Standpunkt stehen, daß für den Trinker eine Sonderbehandlung in einer Spezialanstalt, eben der Trinkerheilstätte notwendig sei. Ihre Zahl ist nicht ganz klein. Ich erinnere, um nur einen herauszugreifen, an *Dannenberger*-Goddelau, der auf der ersten Tagung für psychische Hygiene in Hamburg im September 1928 erklärt hat, daß sich die Irrenanstalten für eine Trinkerbehandlung aus psychisch-hygienischen Gründen nicht eigneten, weil diese Kranken, die im nüchternen Zustande geistig völlig geordnet seien, Anstoß an ihrer geisteskranken Umgebung nehmen und weil ihnen nach der Entlassung das Odium anhafte, in der Irrenanstalt gewesen zu sein. Es seien also eigene geschlossene Trinkeranstalten notwendig. Wenn ich trotz dieser apodiktischen Meinung eine andere Anschauung vertrete, wenn ich der Anschauung bin, daß zur geschlossenen Trinkerbehandlung beides notwendig ist, die Irrenanstalt und die Trinkerheilstätte, so

drängen mich dazu eine Reihe von Überlegungen und Erfahrungen.

Es ist nichts dagegen zu sagen, daß Trinker, die weniger auf psychopathischer Grundlage als infolge von Umweltseinflüssen zum Trinken gekommen sind, deren Heilbarkeit zu erwarten ist, die religiös und sozial noch beeinflußbar sind, in eigenen Trinkerheilstätten untergebracht werden. Mit diesen Trinkern vermögen diese Anstalten auch fertig zu werden. Nicht dagegen vermögen sie es mit psychopathisch stärker unterlegten Trinkern, wie sie für die Einweisung nach Artikel 80 Abs. II PStrGB. im Sinne des Erlasses vom 8. 1. 26 zumeist in Frage kommen. Diese gehören in Irrenanstalten.

Bei ihnen ist die geistige Abnormität doch so groß, daß die Heilstätte nicht mehr die Mittel besitzt, ihre Behandlung durchzuführen, sie stehen den ausgesprochenen Geisteskranken wesentlich näher, wenn man nicht überhaupt sehr viele von ihnen als echte Geisteskranke aufzufassen hat. Sie sind meist asozial. Sie neigen zu Komplotten und Revolten. Die Trinkerheilstätte wird bei ihnen versagen müssen, ausgenommen sie ist von vornherein nichts weiter als eine Irrenanstalt mit allen ihren Einrichtungen und Mitteln, nur mit einem anderen Namen und einer ausschließlichen Spezialaufgabe. Versagen wird sie müssen ganz besonders wegen der Anhäufung gleichartiger Elemente. Für eine Trinkerheilanstalt, die alle Formen chronischer Alkoholisten behandeln will, gilt das gleiche wie für reine Psychopathenanstalten. Ihr Betrieb ist unmöglich. Nirgends gilt so sehr der alte Satz vom Divide et impera wie hier. Gerade die Verdünnung ist es, die eine größere Zahl Alkoholisten in einer Abteilung erträglich macht. Ich habe bei der reichen Erlanger Erfahrung auch nur von sehr wenigen Alkoholisten gehört, daß sie Klage darüber geführt hätten, in einer Irrenanstalt sein zu müssen. Wenn sie sich beklagt haben, so war es darüber, daß sie zwangsweise in einer geschlossenen Anstalt verwahrt werden. Sorgen wir im übrigen dafür, daß das Odium der Irrenanstalt verschwindet, dann wird auch diese angenommene Klage von vornherein unberechtigt sein.

Nach den Erlanger Erfahrungen ist eine Trinkerheilstätte, die sich nicht in der Nachbarschaft einer Irrenanstalt befindet, nicht möglich, sie muß in Wechselbeziehungen zu einer solchen stehen können. Am besten sind wohl Einrichtungen wie sie in Erlangen, in den Wittenauer Heilstätten, in Konstanz, in Wien bestehen, wo neben der Anstalt eine eigene Trinkerheilstätte sich befindet. Die Forderung nach eigenen geschlossenen Trinkerheilstätten scheitert übrigens heute schon an den Kosten einer solchen. Wer vermöchte sie heute in den notwendigen Ausmaßen zu bauen?

Gerade wir Psychiater sollten übrigens nicht zu sehr in das

Horn der Auflösung der Anstalten in Spezialbetriebe stoßen. Wenn nun einmal der chronische Alkoholismus eine geistige Störung ist, dann sollten wir uns seiner Behandlung nicht entziehen und uns nicht die Rosinen aus dem psychiatrischen Kuchen fischen wollen, die uns gerade wohlschmeckend erscheinen. Sonst müssen wir eigentlich in logischer Folgerichtigkeit auch eigene Anstalten für Manisch-Depressive, eigene Anstalten für Schizophrene, für Epileptiker usw. fordern. Wir würden mit solchen Forderungen die unheilvolle Zersplitterung der Irrenfürsorge nur von neuem heraufbeschwören, die wir jetzt allmählich glücklich zu überwinden beginnen und auch überwinden müssen im Interesse unserer Anstalten selbst, im Interesse der Irrenfürsorge überhaupt und insbesondere im Interesse der offenen Fürsorge, die strengste Zusammenfassung aller psychiatrischen Aufgaben erfordert, schon auch wegen des Gedankens der psychischen Hygiene, welche die offene Fürsorge in hervorragendem Maße fördern soll und kann.

Ich befinde mich übrigens mit meinen Anschauungen in guter Gesellschaft. Mein verehrter früherer Chef, Herr O. M. R. *Kolb*, steht mit den entsprechenden Einschränkungen, die Ihnen ja aus seinem »Psychiatrischen Entwurf zu Leitsätzen für die Einbeziehung der Alkoholisten in die öffentliche Irrenfürsorge Bayerns« bekannt sind, im wesentlichen auf demselben Standpunkte. Wenn er ganz besonders betont, daß es für ganz bestimmt geartete Trinker über die Irrenanstalt hinaus noch Verwahrungsmöglichkeiten geben muß, so ist dem nur beizupflichten. Es wird davon an anderer Stelle noch zu reden sein. Auch Altmeister *Kraepelin* stand auf dem Standpunkt, daß die zwangsweise Durchführung der Entziehung bei Trinkern heute nur in der Weise geschehen könne, daß sie in eine Irrenanstalt verbracht werden. Am schlagendsten wird die Frage vielleicht beleuchtet durch die Tatsache, daß mir der so erfahrene *Wlassak* gelegentlich eines Besuches in seiner Heilstätte am Steinhof in Wien gesagt hat, er nehme die Fälle in seine Heilstätte nur, nachdem er eine Auswahl getroffen habe. Alles, was ihm für eine Heilung keine Aussicht zu bieten scheine, nehme er nicht, und überlasse es der Heil- und Pflegeanstalt.

Wenn es nun zweckmäßig und notwendig erscheint, die Trinker, welche eine schwere psychopathische, damit geistig abnorme Grundlage haben, wegen ihrer asozialen Neigungen und der dadurch beedingten Gemeingefährlichkeit in die Heil- und Pflegeanstalten zu verweisen bzw. dort zu behandeln, so ergibt sich daraus die dritte Frage: Wird dadurch nicht die Gefahr der Überlastung der Heil- und Pflegeanstalten hervorgerufen? Ist den Lastenträgern der öffentlichen Irrenpflege, den Kreisen in Bayern diese Last zuzumuten?

Um eine feste Grundlage für die Beantwortung dieser Frage

zu erhalten, ist es zunächst notwendig, uns einen Einblick in die tatsächlichen Verhältnisse nach den bisherigen Erfahrungen zahlenmäßig zu verschaffen.

Beginnen wir zunächst mit den leichtesten Formen chronischer Trinker. Wir dürfen annehmen, daß wir diese in der Betreuung der Alkoholkrankenfürsorgestelle in Nürnberg finden. Diese Fürsorgestelle ist gut ausgebaut, in ihrer Organisation liegt es, daß sie in Nürnberg die leichteren Fälle von Trinkern versieht, während die schwereren Fälle der Fürsorgestelle für Nerven- und Gemütskranke der Erlanger Anstalt zugewiesen werden.

Die Alkoholkrankenfürsorgestelle betreute 1923 — 213 Fälle; 1924 — 329; 1925 — 606; 1926 — 1084; 1927 — 1300; 1928 — 1374. Von diesen wurden 3, 2, 26, 76, 87, 33 an die Erlanger Fürsorgestelle als zu schwierig, weil zu starke psychopathische Einschläge aufweisend, abgegeben. In die Heil- und Pflegeanstalt eingeschafft wurden außerdem 2 + 2 + 4 + 6 + 13, also verhältnismäßig sehr geringe Zahlen.

Sehen wir uns das schwere Material an, die von der Außenfürsorge der Erlanger Anstalt betreuten Alkoholisten, die dieser entweder auf dem Wege der Anstaltsentlassung oder auf dem der direkten Zuweisung durch Behörden, Fürsorgestellen usw. oder freiwillig zukommen, so finden wir, daß in den Jahren 1925 mit 1928 von dieser Fürsorgestelle 289 bzw. 391 bzw. 512 bzw. 500 Alkoholisten betreut wurden. Davon mußten 53 bzw. 89 bzw. 79 bzw. 131 für längere oder kürzere Zeit in die Heil- und Pflegeanstalt eingeschafft werden. Durchschnittlich 77,5% konnten demnach allein durch die Fürsorge gehalten werden. Wenn ich oben von Heil- und Pflegeanstalt spreche, so verstehe ich darunter auch die psychiatrische Station des Nürnberger Krankenhauses. Eine Reihe der eingeschafften Fälle kamen nur dorthin und wurden von dort wieder entlassen, ohne noch in die Heil- und Pflegeanstalt Erlangen überführt zu werden. Es handelte sich dabei oft nur um ganz kurze Aufnahmen.

Wie sieht es nun mit den Alkoholikern in den Heil- und Pflegeanstalten Bayerns aus? Wie waren diese Anstalten durch die Trinker belastet?

In den Anstalten mit ländlichen Aufnahmegebieten spielen anscheinend die Alkoholiker keine Rolle, wenigstens konnte ich in den mir zur Verfügung stehenden Aufnahmezahlen unter der Rubrik chronischer Alkoholismus nur sehr geringe Zahlen finden. Auffallend ist mir, daß auch die meisten Anstalten mit großstädtischem Material bisher nur sehr wenig Alkoholikeraufnahmen aufweisen.

Eglfing hatte vor dem Kriege relativ beträchtliche Zahlen von Alkoholikeraufnahmen. Nach den mir von Herrn O. M. R. *Ast*

Nürnberger Fürsorgestelle für Alkoholkranke

——o—— Zahl der Betreuten in den Jahren 1923–28 (Maßstab links)

– – –o– – – Zahl der Überweisungen an die Fürsorgestelle für Nerven- u. Gemütskranke in Nürnberg (Maßstab rechts)

1400
1200
1000
800
600
400
200

90
70
50
30
10

213 329 636 1084 1300 1374

3 2 26 76 87 33

	1923	1924	1925	1926	1927	1928
Davon in Heil- anst.-Anst.		2 + (5)	2	4	6	13
in psychiatr. Fürsorge.	3	2	26	76	87	33
in Trinker-heilstätten.		6				
ausgeschieden, weil Betreuung ohne Erfolg	9	7	2	15	21	49

liebenswürdigerweise zur Verfügung gestellten Zusammenstellungen findet sich die höchste Aufnahmezahl im Jahre 1912 mit 75. Seit dem Kriege sind die Aufnahmen verschwindend gering. Selbst in den für uns hauptsächlich in Betracht zu ziehenden Jahren 1926 mit 28 sind sie mit 8, 10 und 5 ohne jede Bedeutung für die Anstalt.

Ganz ähnlich liegen die Verhältnisse in der Schwesteranstalt Haar, wo die Aufnahmen von Alkoholikern 1926 mit 28 nur 4,3%, 2,5% und 2,1% der sämtlichen Aufnahmen ausmachen.

Kaufbeuern, die für Augsburg zuständige Anstalt, berichtet von 11, bzw. 17, bzw. 20 Aufnahmen in den einschlägigen Jahren.

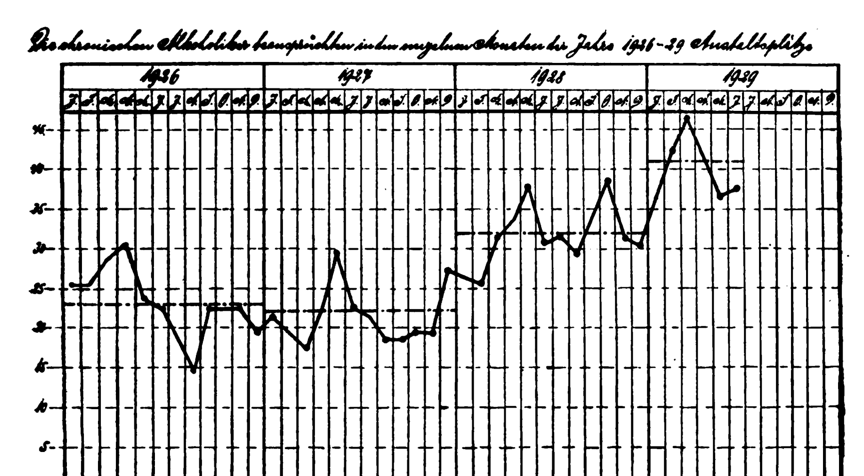
Es ist klar, daß die Aufnahmen all dieser Anstalten nicht das richtige Bild dafür ergeben, mit welchen Zahlen zu rechnen ist, wenn der Erlaß des Ministers wirklich durchgeführt wird. Durchgeführt wird er, wie jedem mit den Verhältnissen Vertrauten bekannt ist, in den Großstädten Nürnberg und Fürth, in der Stadt Erlangen und auch in der Umgebung dieser Städte. Einen Einblick, mit welchen Aufnahmezahlen bei Durchführung des Erlasses tatsächlich zu rechnen ist, vermag deshalb nur die Heil- und Pflegeanstalt Erlangen zu geben. Diese Anstalt weist in den Jahren 1926 bis 1928 folgende Aufnahmen an Alkoholisten auf, wobei nur die einzelnen Personen, nicht etwa die wiederholten Aufnahmen berücksichtigt sind:

1926 77, davon 59 nach Artikel 80 Abs. II eingewiesen
1927 85, „ 52 „ „ „ „ „ „
1928 96, „ 78 „ „ „ „ „ „

Sie sehen, das sind schon recht beträchtliche Zahlen. Dabei sind noch außer acht gelassen diejenigen Alkoholisten, die in diesen Jahren infolge zeitweiliger Umleitung der Zugänge aus Nürnberg in die Heil- und Pflegeanstalt Ansbach gingen. Ihre Zahl dürfte jedoch 25 nicht übersteigen.

Ein klares Bild davon, wie die Anstalt von den Alkoholisten belastet wird, gewinnen wir jedoch erst dadurch, daß wir sehen, wie stark die Erlanger Anstalt an jedem 1. eines Monats vom 1. Januar 1926 mit 1. Juni 1929 mit Alkoholikern besetzt war. Sie sehen die Zahlen in einer Kurve eingetragen.

Es ergibt sich daraus, daß von den verfügbaren Plätzen der Anstalt dauernd 15 bis 47, im Durchschnitt 31 Plätze durch Alkoholisten eingenommen wurden. Nimmt man die Durchschnittszahl, so ergibt sich, daß von den rund 900 verfügbaren Plätzen der Anstalt 3,3% mit Alkoholisten besetzt waren. Wenn man die Durchschnittszahl des ersten Halbjahres 1929 nimmt, in welchem die Kurve ihren Kulminationspunkt erreicht, so ergeben sich 4,7%. Nimmt man die ungünstigste Zahl, das ist die im Monat März 1929 erreichte Höchstziffer von 47, so wäre der Bedarf an Plätzen



für die Alkoholisten 5,2% der Gesamtbettenzahl der Anstalt gewesen. Man sieht, daß die Belastung der Anstalt durch die Alkoholisten demnach zeitweise doch ziemlich erheblich war, daß man sie in Rechnung setzen muß, namentlich, wenn man bedenkt, daß die Alkoholisten fast ausschließlich Männer sind und somit die Männerseite im ungünstigsten Falle mit 10% belasten. Ich glaube nach den Erlanger Erfahrungen nicht, daß eine wesentlich höhere Belastung der Anstalten mit großstädtischem Aufnahmegebiet durch die Alkoholisten, wenigstens nicht in Bayern, zu erwarten ist. In dem als Berechnungsgrundlage angeführten Erlanger Aufnahmegebiet ist die Erfassung der Alkoholisten bereits so gründlich, daß der Schluß erlaubt ist, daß nicht mehr mit einer wesentlichen Steigerung der Trinkeraufnahmen gerechnet werden muß, wenn anders die bisherigen Maßnahmen der Bekämpfung des chronischen Alkoholismus durchgeführt bleiben und wenn sie noch weiter ausgebaut werden, wovon an anderer Stelle zu sprechen sein wird. Erlangen kann somit wenigstens für bayrische Verhältnisse wohl als Vergleichsgrundlage gelten dafür, was andere Anstalten mit großstädtischem Aufnahmegebiet bei strenger Durchführung des Ministerialerlasses zu erwarten haben. Bei Anstalten mit einem ländlichen Aufnahmegebiet dürfte die Belastung, selbst wenn die Erfassung der Alkoholisten auf dem Lande eine gründlichere und wirksamere werden sollte, wohl eine noch geringere sein. Täuschen wir uns nicht darüber hinweg, daß an sich auf dem Lande der Alkoholismus recht erheblich ist. Wer offene Fürsorge auf dem Lande betreibt, wird dies bestätigen. Wenn

die Alkoholisten bis jetzt vom Lande weniger in die Anstalten kamen, so liegt dies an den besonderen Verhältnissen des Landes, das toleranter, vielleicht auch indolenter ist. Auch andere Gründe spielen hier eine Rolle, die aufzuzählen zu weit führen würden.

Nicht außer acht zu lassen ist bei der Frage der Belastung der Anstalten durch die Trinker auch die Tatsache, daß der einzelne Alkoholist eine Anstalt zumeist nur relativ kurze Zeit belastet. Nach $^1/_4$, $^1/_2$ bis 1 Jahr werden wenigstens die meisten wieder entlassen sein. Sie sind keine Dauerinsassen wie viele Schizophrene, Epileptiker und die namentlich in neuerer Zeit die Anstaltsplätze stark in Anspruch nehmenden Senilen und Arteriosklerotiker. Zu berücksichtigen ist ferner, daß die größere Zahl der in die Anstalt eingewiesenen Trinker durch die Anstaltsbehandlung soweit gefördert werden, daß sie, wenn sie auch nicht ganz alkoholfrei werden, doch außerhalb der Anstalten sozial bleiben. Von den aufgenommenen Trinkern der Jahre 1923 mit 1927 haben sich 66,5% außerhalb der Anstalten zu halten vermocht. Dieser Erfolg der Anstaltsbehandlung ist nicht gering einzuschätzen.

Ich glaube nicht, daß es notwendig sein wird, den Vorschlag *Thode*'s ernstlich in Erwägung ziehen zu müssen, daß man für die Alkoholiker zur Entlastung der Heil- und Pflegeanstalten eigene Anstalten bauen sollte. Eine Voraussetzung hierfür bildet jedoch, daß die Behandlung der Trinker in ihrer Gesamtheit zweckmäßig und zielbewußt ausgestaltet wird, daß namentlich von Seite der Anstalten selbst energisch die offene Fürsorge durchgeführt wird, die, wie ich oben gezeigt habe, in der Lage ist, die überwiegende Zahl auch der schweren Alkoholisten (77,5%) allein durch Fürsorge so zu halten, daß sie nicht anstaltsbedürftig werden. Unerläßlich ist auch, daß wir andere notwendige Maßnahmen ausbauen, von denen in der Frage 4 die Rede sein wird. Diese werden sicher dazu beitragen, daß die Kurve der durch die Alkoholisten beanspruchten Anstaltsplätze wieder absinkt.

Aus den bisherigen Ausführungen ergibt sich folgendes:

Die Anwendung des Artikels 80 Abs. II P.-StrGB. auch auf die Trinker hat auch psychiatrisch keine Bedenken.

Der Behandlung der Trinker, namentlich der komplizierteren, schweren Fälle, z. T. mit asozialen Neigungen, sollten sich die Heil- und Pflegeanstalten nicht entziehen, da die isolierte Trinkerheilstätte dazu nicht die Mittel hat, da die Erbauung neuer geschlossener Heilstätten zu kostspielig ist, da die isolierte Trinkerheilstätte mit der ausschließlichen Spezialaufgabe der Behandlung sämtlicher Trinker verschiedenster Prägung psychiatrisch nicht unbedenklich ist.

Die Heil- und Pflegeanstalten werden durch die Trinker, wie das Beispiel der Heil- und Pflegeanstalt Erlangen zeigt, nicht unerheblich belastet. Es ist bei durchgreifendem Vollzug des Erlasses vom 8. 1. 1926 damit zu rechnen, daß Anstalten mit großstädtischem Krankenmaterial wenigstens zeitweilig bis zu 10% ihrer Männerplätze für die Trinker aufwenden müssen.

Gerade die letztere Feststellung könnte schrecken. Ich glaube jedoch, daß diese 10% keine Unabänderlichkeit sind, daß eine Abminderung derselben möglich ist und möglich sein muß.

Wenn wir das Material betrachten, das diese 10% ausmacht, so fällt uns auf, daß sich dabei neben nie mehr wiederkommenden, einfachen Aufnahmen eine große Zahl von Alkoholisten findet, die immer wieder rückfällig werden und immer wieder in die Anstalten zurückkehren. In den Aufnahmen der Erlanger Anstalt des Jahres 1926 finden sich 8 zum drittenmal; 3 zum viertenmal; 2 zum fünftenmal aufgenommene Trinker. Im Jahre 1927 finden sich 12 zum drittenmal; 6 zum viertenmal; 1 zum fünftenmal; 1 zum sechstenmal; und 1 zum siebentenmal Aufgenommene. Im Jahre 1928 14 zum drittenmal; 7 zum viertenmal; 3 zum fünftenmal; 2 zum sechstenmal; 2 zum siebentenmal und 1 zum achtenmal Aufgenommene. Im laufenden Jahre sind bisher 3 zum drittenmal; 6 zum viertenmal; 3 zum fünftenmal; 1 zum sechstenmal und 1 sogar zum zehntenmal aufgenommen worden. Das sind also nicht weniger wie 77 Aufnahmen, die drei- bis zehnmal die Anstalt belasteten, eine auf den ersten Blick horrende Zahl. Ich muß jedoch, um Mißverständnisse zu vermeiden, dazu bemerken, daß diese 77 Trinker alle mehr als zweimal in die Anstalt aufgenommenen Trinker überhaupt darstellen. Bei manchen von ihnen liegt die 1. Aufnahme bereits lange vor dem Kriege, zurück bis zum Jahre 1905. Sie belasten die Anstalt insbesondere durch die lange Dauer ihrer Verwahrung, die infolge der wiederholten Einweisungen notwendig ist, wobei noch besonders zu berücksichtigen ist, daß die Aufnahmen bei einem nicht kleinen Prozentsatz von ihnen praktisch erfolglos sind. Die Anstalt vermag hier nichts mehr zu nützen. Die überwiegende Mehrzahl dieser Trinker ist völlig aussichtslos. Auch unter den ein- und zweimal Aufgenommenen können wir vielleicht noch einen gewissen, wenn auch geringen Prozentsatz solcher annehmen, bei denen auch die Anstalt nichts zu leisten vermag. Für solche Trinker müssen über die Heil- und Pflegeanstalten hinaus Verwahrungsmöglichkeiten gesucht werden, um ihren asozialen Neigungen entgegenzutreten. Mit diesen dürfen die Heil- und Pflegeanstalten in Zukunft nicht weiter belastet werden. Wenn es bisher geschah, so geschah es nur, weil es eine andere Möglichkeit der Unterbringung nicht gab oder weil eine solche nur sehr schwer zu erreichen war. Es sind

dies die Fälle, von denen *Kolb* in seinem schon erwähnten Entwurf sagt: »Unheilbar immer wieder rückfällige Alkoholisten sind unter möglichster Ausnützung der vorhandenen Arbeitskraft und unter möglichst geringer Belastung der Allgemeinheit zu versorgen«. Geschieht dies, so wird auch die jetzt drohende übermäßige Belastung der Heil- und Pflegeanstalten verschwinden.

In Frage kommt für solche Trinker das geschlossene Trinkerheim als Adnex eines Arbeitshauses und schließlich das Arbeitshaus selbst. Diese Maßnahme muß mit allen Mitteln angestrebt werden. Die maßgebenden Stellen werden sich ihrer nicht entziehen können. Unsere Aufgabe ist es, sie mit unserem ganzen Einfluß zu fördern, insbesondere auch im Interesse unserer Heil- und Pflegeanstalten und der Träger der Lasten derselben. Diese Maßnahme liegt auch im Interesse der Alkoholisten selbst. Auf gar manche wird sie doch noch hemmende Einflüsse haben. Voraussetzung dieser Maßnahme ist, daß der Psychiater beim Vollzug der Verwahrung im Adnex und im Arbeitshaus beteiligt ist. Voraussetzung ist ferner, daß diesen Maßnahmen immer eine Beobachtung in der Anstalt vorausgeht.

Aus allem ergibt sich, daß die Trinkerversorgung, insbesondere auch die der Eingewiesenen stufenweise zu geschehen hat. Auf diesen Stufenaufbau hier einzugehen, halte ich nicht für notwendig. Er ist durch *Kolb*, *Bratz*, *Max Fischer*, *Roemer* und *Thode* Ihnen bekannt genug. Ganz besonders eingehend für unsere Verhältnisse hat sich *Kolb* in seinem schon wiederholt angezogenen »Psychiatrischen Entwurf zu Leitsätzen für die Einbeziehung der Alkoholisten in die öffentliche Irrenfürsorge Bayerns« damit beschäftigt. Ich darf wohl einfach auf ihn verweisen.

Bericht über das Irrenwesen des Auslandes.

XVIII.

Psychiatrisches aus Norwegen.

Von

R. Carrière in Arnsdorf Sa.

Über die psychiatrischen Verhältnisse in Norwegen kann man sich zunächst einmal durch die Arbeit in dieser Zeitschrift, 1926 von Prof. Ragnar *Vogt:* Psychiatrisches aus Norwegen unterrichten. Im gleichen Bande findet man auch Dr. *Dedichen*'s Artikel: Kulturhistorisches aus Norwegen [1]). Es sei daher im folgenden hauptsächlich von den Seiten des norwegischen Irrenwesens die Rede, auf die die genannten beiden Verfasser weniger eingegangen sind, bzw. wo ihre Ausführungen neuerdings ergänzt werden können.

Der empfindliche Mangel an Anstaltsbetten hat sich seit 1924 (von welchem Jahr Prof. *Vogt* berichtet) gebessert: mit der neuen Provinzialanstalt Lierasyl und verschiedenen Erweiterungen anderer Anstalten gab es (1924: 22 Anstalten mit 4487 Betten) 1927 im ganzen 23 Anstalten mit 5368 Betten, 1929 gibt es durch Erweiterung der Anstalt Gaustad sogar rund 5650 Betten. Dazu kommt die Klinik in Oslo mit bis jetzt 80 Betten und die psychiatrische Abteilung der städtischen Krankenhäuser mit 120 Betten. Ferner ist aber eine beträchtliche Anzahl von Kranken, die auf dem Lande untergebracht und der Kontrolle der Kreisärzte unterworfen waren, jetzt an die nächstliegende Irrenanstalt angegliedert worden. So hat namentlich das neue Lierasyl außer seinen 552 Betten etwa 150 Kranke (1929: 173) in nächster Umgebung auf dem Lande untergebracht, auch andere Anstalten betreiben die Familienpflege jetzt energischer, während im übrigen weiter-

---

[1]) Von H. A. Th. Dedichen stammt auch die sehr instruktive Zusammenstellung der »Heil- und Pflege-Anstalten für Psychisch-Kranke in den Skandinavischen Ländern« 1900, Berlin, Reimer 1901.

hin viele Kranke aufs Land unter die Kontrolle der Kreisärzte ohne Zusammenhang mit einer Anstalt gebracht werden[2]). Für die in Familienpflege untergebrachten Anstaltspatienten wird im Jahr etwa 700—800 Kr. Verpflegungsgeld (einbegriffen alle Beiträge für Bekleidung und andere Unkosten an die Anstalt) gezahlt — gestaffelt nach der Arbeitsfähigkeit bzw. Pflegebedürftigkeit. Es bestehen noch größere Kolonien von 10, 20 und mehr Kranken auf dem Lande, deren Kontrolle ebenfalls nicht den Anstalten unterliegt, doch geht die Tendenz dahin, diese Stätten möglichst aufzuheben und prinzipiell nicht mehr als 3 Kranke in eine Familie zur Verpflegung zu geben. Diese großen Kolonien bleiben aber nach wie vor wegen des Mangels an Anstaltsbetten eine Notwendigkeit.

Derartige Kolonien befinden sich namentlich bei Kongsvinger und bei Lier. Zum Teil befinden sich dort Kranke in Verpflegung, die eigentlich dringend der Anstaltsbehandlung bedürftig wären. Da die Verpfleger seit Jahrzehnten mit der Pflege derartiger Kranker vertraut sind, läge es nahe, sie auch unter die Kontrolle der nächstgelegenen Anstalt zu bringen, wie es in Lier ohne weiteres zu machen wäre. Natürlich würden ihnen dann die ungeeigneten Kranken fortzunehmen sein und man würde auch wohl die Anzahl auf etwa 10 Kranke beschränken. Die Anstalt hätte dann aber den Riesenvorteil, einige aufs beste geübte Verpfleger zur Verfügung zu haben, die auch schwierigere Kranke zu beschäftigen wissen, und auf diese Weise würde man endlich die halbunruhigen Abteilungen entlasten können, die ja, ebenso wie die unruhigen Abteilungen, in den Anstalten überfüllt sind, während die ruhigen Abteilungen stets ihr Ventil in der Familienpflege und der Außenfürsorge haben. Dieser Plan wird daher auch von Direktor *Grimsgaard*, Lierasyl, lebhaft propagiert, jedoch scheitert die Durchführung eines derartigen »Lierkoloniensystems« immer wieder am Widerstand des Ministeriums, das sich auf das übliche

---

[2]) So waren 1926 mit Staatsbeitrag verpflegt 9720 Kranke, wovon in Anstalten (und der zu Anstalten gehörenden Familienpflege) 6113 Kranke, etwa 3600 Kranke also — mehr als $^1/_3$ — ohne strengere fachärztliche Kontrolle. 1924 waren es im ganzen 8941 Kranke, wovon in Anstalten 5229, also 3700 ohne Anstaltskontrolle. — Man sieht aus diesen Zahlen deutlich, daß das Anwachsen der Zahl der Anstaltsbetten zum Teil geschieht, um die Anzahl der außerhalb der Anstaltskontrolle befindlichen Kranken zu verringern im Verhältnis zu den unter Anstaltskontrolle stehenden: 1924 waren 41,6% außerhalb der Anstaltskontrolle, 1926 nur noch 37,1%. Mit anderen Worten, die aus der Anstaltsstatistik ersichtliche Zunahme der Geisteskrankheiten beruht nicht nur auf Zunahme der Neuerkrankungen, sondern auch auf Erfassung weiterer Kreise älterer Erkrankungen.

Prinzip von höchstens 3 Kranken in einer Familie festgelegt hat[3])! Ohne Zweifel würde die Durchführung von Direktor *Grimsgaards* Plan die Aufnahmefähigkeit der Anstalt wesentlich elastischer machen und teure Erweiterungen und Neubauten ersparen — zur Errichtung derartiger »Lierkolonien« müssen natürlich die örtlichen Verhältnisse — guter Verpflegerstamm, gute Baulichkeiten, Nähe der Anstalt — günstig sein. Das Lierasyl kontrolliert seine Familienpfleglinge in der Weise, daß der Anstaltsdirektor und der Reservearzt, also die beiden ältesten Ärzte, jeder jede Woche einen Nachmittag mit dem Auto ausfährt und 6—10 Stellen besucht, außerdem gehört zur Anstalt eine Außenpflegerin, die tageweise bei den einzelnen Familien wohnt, auf diese Weise die Kost, die ganze Lebensart und -weise, das Gewicht der Kranken, ihre Bekleidung kontrolliert. Außerdem sind natürlich Arztbesuche auf besondere Veranlassung leicht möglich, und bei Auftreten von Schwierigkeiten können die Kranken schnellstens ohne jede Förmlichkeit in die Anstalt verlegt werden. Ursprünglich war überhaupt das ganze Lierasyl als Zentralgebäude der großen Lierkolonien geplant worden — es ist eine sonderbare Fügung, daß es jetzt, inmitten dieser Kolonien gelegen, mit ihnen überhaupt nichts zu tun hat. Eine Annehmlichkeit der vielen an die Anstalt als Familienpfleger angeschlossenen Bauernhöfe ist ferner, daß sich aus ihnen zum Teil das Pflegerpersonal der Anstalt rekrutieren kann.

Während einzelne Anstalten jetzt als erfreulich berichten können, daß sie alle angemeldeten Kranken ihres Distrikts auch aufnehmen können, klagen andere Anstalten noch immer über so hochgradige Überbelegung, daß nicht alle angemeldeten Kranken aufgenommen werden können oder jedenfalls lange auf Platz warten müssen.

Das norwegische Irrengesetz ist einfach und gut — siehe *Vogt; Rittershaus* kommt in seiner »Irrengesetzgebung in Deutschland« zu einem abfälligen Urteil, dem man jetzt nicht mehr beipflichten kann. Es hat sich gezeigt, daß die Überfüllung der Anstalten mit ihrer Anhäufung schwerer Fälle allerdings einen nicht unberechtigten Horror des breiten Publikums vor den Anstalten hervorrief. Ich habe es aber zweimal erlebt — nach der Erweiterung des Dale Asyls bei Stavanger und an dem neuen Lierasyl, daß man gerne und leicht auch jene Kranke zur Aufnahme bekam, die man nach wenigen Wochen oder Monaten wieder geheilt oder wesentlich gebessert in ihren Beruf oder in ihre Familie entlassen

[3]) Die ausführliche Besprechung dieser Verhältnisse geschieht im Hinblick auf *Kolbs* Danziger Referat — sozusagen als Diskussionsbemerkung. Der chronische Bettenmangel in Norwegen ist ja gerade in diesem Zusammenhang für uns interessant.



kann. Es ist durchaus nicht der Fall, daß sich jeder Arzt in auch nur zweifelhaften Fällen hüte, ein Aufnahmeattest auszustellen oder daß die Kranken und ihre Angehörigen die Anstalt mehr als anderswo nach Möglichkeit zu vermeiden suchen, wie *Rittershaus* annimmt; ebenso ist es eine irrige Annahme von ihm, daß die Entmündigung der Aufgenommenen wohl meistens eingeleitet werden müsse. Im Gegenteil wird von Entmündigung nach Möglichkeit abgesehen, wenn wesentliche Besserung oder Heilung in absehbarer Zeit wahrscheinlich erscheint und die Entmündigung nicht gerade wegen dringender Vermögensangelegenheiten notwendig ist. Ich kann aus meiner achtjährigen Arbeit an norwegischen Anstalten nur versichern, daß die von *Rittershaus* angeführten Bedenken in dem Augenblick hinfällig wurden, als Platz genug geschaffen war, um einen ordentlichen, modernen Betrieb der Anstalt zu ermöglichen. Der Buchstabe des Gesetzes ist eben doch etwas anderes als die Praxis. Hier sei auch eine mißverständliche Äußerung von *Rittershaus* klargestellt: die Ehescheidung wegen Geisteskrankheit geschieht nicht mechanisch nach dreijähriger Krankheitsdauer, sondern es muß die Unwahrscheinlichkeit einer möglichen Heilung gutachtlich vor Gericht dargelegt werden.

Da wir gerade beim Irrenrecht sind, sei einer Neuerung des norwegischen Irrengesetzes gedacht: bisher trug von den Kosten der »öffentlich« Verpflegten (der weitaus größte Teil (1927: 93,5% der Kranken wird nicht für private — eigene — sondern für öffentliche Rechnung — nicht Armenkasse! — verpflegt) der Staat $^4/_{10}$, die Heimatgegemeinde $^6/_{10}$. Nun wurden aber die Verpflegungssätze nach dem Kriege in der Zeit der Teuerung sehr hoch, und zugleich sah sich der Staat zu energischem Sparen gezwungen. Es kam daher die neue Bestimmung, daß der Staat die Verpflegsätze approbieren soll und s e i n e n A n t e i l n a c h o b e n b e g r e n z e n könne. Damit hat der Staat einen wesentlichen Einfluß auf die Budgets der Anstalten gewonnen (von den 23 Anstalten sind nun 6 staatlich — die Provinzen und Städte sind finanziell sehr selbständig —, erheben doch sogar die Gemeinden direkte Steuern, auf deren Höhe der Staat nur unter bestimmten Bedingungen einwirken kann); denn wenn der Staat z. B. erklärt, er begrenze an einer bestimmten Anstalt seinen Anteil auf $^4/_{10}$ von 4 Kronen täglich, dann wird sich die betreffende Provinz, der die Anstalt gehört, doch sehr überlegen, ob sie den bisherigen Satz von z. B. 6 Kronen aufrecht erhalten will. Daß der Staat sich dadurch bei vielen Direktoren, denen er die Möglichkeit weiterer Modernisierung, Vermehrung des Pflegepersonals u. ä. durch Verwendung von Überschüssen bzw. reichliche Budgetierung abschneidet, nicht gerade beliebt machte, ist klar, aber die finanzielle Lage zwang ja in diesen Jahren ganz Norwegen zum Sparen, und die

Anstalten können schließlich froh und dankbar sein für das, was an Neubauten und Modernisierungen doch in all den Jahren erreicht worden ist.

Zur Erläuterung des Gesagten einige Zahlen:

Jahr	Erstaufnahmen	Betten 31/12	Kranke 31/12	Kostendurchschnitt je Tag und Patient.
1910	760	2858	2805	1,39 Kr.
1915	948	3768	3958	1,62 „
1920	860	3976	4333	4,80 „
1922	871	4011	4545	6,70 „
1925	1031	5339	5069	5,42 „
1927	1218	5368	6071	4,55 „

Man sieht also, daß seit 1922 die Kosten ganz erheblich gesenkt worden sind, wenn sie auch bei weitem nicht mit der billigen Vorkriegsverpflegung der Kranken in alten Anstalten verglichen werden können. Man sieht auch, wie der Andrang zur Anstaltsbehandlung weiter wächst, so daß trotz der erheblichen Bettenvermehrung noch immer eine etwas mehr als 10%ige Überbelegung im Durchschnitt besteht. Der Andrang der Erstaufnahmen rührt wohl sicher zum größten Teil daher, daß viele Kranke, die bisher irgendwie und -wo untergebracht waren und schon seit Jahren krank sind, nun endlich Platz bekommen, so daß die Familien und die Familienpflege entlastet werden, sowie daher, daß die neuen und erweiterten Anstalten, wie oben erwähnt, nun auch Platz unter guten modernen Bedingungen für die leichteren Fälle und die Grenzfälle haben, deren Aufnahme und Behandlung in den überfüllten Anstalten früher nicht möglich war.

Aus der Statistik für 1927 seien noch einige Zahlen angeführt: Von den Entlassenen waren 22,1% geheilt, 21,9% sind gestorben. Die häufigste Todesursache war Tuberkulose, bei 31,7%, dagegen Paralyse nur bei 5,6%,

Von 1222 Erstaufnahmen waren:
537 dementia praecox,
85 insania paranoides,
202 ins. manico-melancholica,
98 ins. ex constitutione,
69 idiotia, imbecillitas,
74 dementia senilis,
52 insania syphilogenes.

Also nur etwa 4% Paralyse und andere luetische Folgekrankheiten.

Für die Geistesschwachen und Epileptiker ist wenig getan. Nach dem Vortrag von Direktor *Andresen* 1926 im 7. nordischen Kongreß für die Abnormensache in Trondhjem gibt es etwa 7000 Geistesschwache in Norwegen, für die es 3 Schulheime

mit 350 Plätzen und 2 Pflegeheime mit 300 Plätzen gibt. Ein Teil kommt in die Irrenanstalten, nicht nur als Idioten oder Imbezille; auch unter den Diagnosen Alkoholismus, insania degenerativa, epileptica, sowie dementia verbergen sich Fälle, die eigentlich der Fürsorge für die Geistesschwachen unterliegen sollten. Für die Epileptiker besteht nur 1 Heim, mit 60 Betten, während mindestens doppelt soviel nötig wären.

Zum Schluß sei auf die Verhältnisse in der Hauptstadt Oslo eingegangen, wo gerade in diesem Jahre eine völlige Neuordnung angebahnt wird. Die Anstalt Dikemark (Direktor *H. Arnesen* wurde in diesem Jahre ein Opfer der Altersgrenze, sein Nachfolger *R. Gjessing* war bisher Abteilungsarzt an der Anstalt) hat am 1. 1. 1929 bei 620 Betten 687 Kranke gehabt, die Überbelegung trifft nur die halbunruhigen und unruhigen Abteilungen — namentlich auf der Männerseite. Außerdem hat Oslo aber in fremden Anstalten, sogar in einer für Oslo recht teuern Privatanstalt, Kranke unterbringen müssen, so daß Oslo am 1.1.1928 850 Anstaltskranke hatte; hierzu kommen fast 400 Kranke in Privatpflege und namentlich in der oben geschilderten, nicht zufriedenstellenden Koloniepflege, die bisher einem nicht ärztlich geleiteten städtischen Bureau unterstand, und noch etwa 200 Kranke, die für eigne Rechnung privat verpflegt wurden. Alles in allem ist damit die Anzahl der Geisteskranken der Hauptstadt im Laufe der Jahre auf fast 5 pro Mille (1927:4,935‰) der Volksmenge gestiegen. Zu beachten ist, daß die erwähnten 400 Kranken in Familienpflege zum Teil eigentlich anstaltspflegebedürftig sind. Die 620 Anstaltsbetten Oslos machen 2,447 pro Mille der Volksmenge aus, also die Hälfte der Verhältniszahl der Geisteskranken.

Oslo hat außerdem eine psychiatrische Abteilung (Oberarzt Dr. *Dahlström*) in seinen städtischen Krankenhäusern, die ebenfalls über Platzmangel klagt, jedoch nur, weil die Überführung der anstaltspflegebedürftigen Kranken nach Dikemark eben wegen des dortigen Platzmangels zu wünschen übrig läßt. Für plötzliche Fälle hat übrigens die Polizei noch 6 Betten in 2 Räumen der städtischen Rettungswache zur Verfügung.

Das betr. Komitee hat daher dem Magistrat folgende Vorschläge unterbreitet: Bau einer neuen Wachsaalabteilung für 80 unruhige Männer in Dikemark sofort, und Ausarbeitung von Plänen für eine weitere derartige Abteilung. Reformierung der Familienpflege unter Leitung eines Arztes, dem zugleich eine zu gründende Poliklinik und Hilfsstation auch für aus der Anstalt entlassene Kranke unterstellt wird. Ferner Planlegung eines Pflegeheimes, da die alten pflegebedürftigen Kranken jetzt in der Anstalt viel Platz wegnehmen, und schließlich Planlegung eines Heims für arbeitstüchtige entlassene Anstaltskranke.

Für die liebenswürdige Überlassung des Materials für diesen Abschnitt Herrn Direktor *Gjessing* in Dikemark meinen besten Dank.

Somit wird das Irrenwesen in Norwegen, das im Reiche schon zum großen Teil in den letzten Jahren modernisiert ist, in einigen Jahren auch in der Hauptstadt völlig reformiert sein.

Der nordische psychiatrische Kongreß, der die wissenschaftliche Arbeit von Norwegen, Schweden, Dänemark und Finnland zusammenbindet, tagte 1926 in Oslo und war der modernen Paralysetherapie gewidmet. Im übrigen hat Norwegen durch die Errichtung der psychiatrischen Klinik (Prof. *Ragnar Vogt*) jetzt seine psychiatrische Unterrichtsanstalt erhalten. Bisher wurde dieser Unterricht an der eng benachbarten staatlichen Anstalt Gaustad (Direktor Dr. Evensen) gegeben, die jetzt auch durch schöne Neubauten erweitert ist und die wohl auch weiterhin durch Zusammenarbeit mit der Klinik an der Ausbildung von jungen Psychiatern beteiligt sein wird, da die Klinik auf diese Weise auch das Material der chronischen Fälle in späteren Stadien zur Verfügung bekommen kann.

Daß der Staat bei der Modernisierung des Irrenwesens lebhaft interessiert war, kann man nicht nur daraus ersehen, daß er eine zeitlang jeden Neu- oder Erweiterungsbau einer nicht staatlichen Anstalt mit Kr. 7000.— pro Bett unterstützte, sondern daß auch eine Zentralstelle im Ministerium, »Oberarzt für das Irrenwesen«, geschaffen wurde. Diese Stelle wurde allerdings 1928 wieder eingezogen. Dabei wurde aber ihr Inhaber, der frühere Anstaltsdirektor und spätere Kriegsminister Dr. *Wefring*, zum Nachfolger des Direktors des Landesgesundheitsamtes, — »Direktor für das zivile Medizinalwesen« —, ernannt.

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

Jahresversammlung des Nordostdeutschen Vereins für Psychiatrie und Neurologie am 16. 2. 1929 in Königsberg.

Anwesend: *Baumm*-Königsberg, *Bongers*-Königsberg, *Fritze*-Königsberg, *Fischer*-Memel, *George*-Allenberg, *Gramms*-Elbing, *Gronau*-Königsberg, *Havemann*-Rastenburg, *Hauptmann*-Allenberg, *Holthausen*-Tapiau, *Jacobi*-Königsberg, *Jacob*-Königsberg, *Jessner*-Königsberg, *Krakow*-Tapiau, *Kuhlberg*-Königsberg, *Kutzinski*-Königsberg, *Knab*-Tapiau, *Kurres*-Kortau, *Less*-Königsberg, *Meyer*-Königsberg, *Moser*-Königsberg, *Möhrke*-Tapiau, *Nobbe*-Allenberg, *Paul*-Königsberg, *Praetorius*-Allenberg, *Steinert*-Königsberg, *Titius*-Allenberg, *Woelke*-Königsberg.

Fischer-Memel: Über Pyrifer-Behandlung in der Praxis.

Vortr. berichtet kurz über die Geschichte der Behandlung metaluetischer Erkrankungen. Die Malaria-Behandlung ist in der Hand des Praktikers undurchführbar und bietet einige Nachteile, denen man Kranke mit Lues cerebri nicht unnötig aussetzen will. Fa. Hugo Rosenberg i. B. hat das »Pyrifer« in den Handel gebracht. Es besteht aus Eiweißstoffen nicht pathogener Bakterien der Koligruppe. Es ist dosierbar. 1 E enthält die Produkte von 1 Mill. Keimen, Vorteile: Dosierbarkeit, geringe Gefahr, keine lebenden Bakterien. Berichte über Pyrifer sind von *Liehr* und *Simmerling* (10 u. 17 Fälle) veröffentlicht worden. Vortr. behandelte bisher 6 Fälle in der Praxis und zwar: 4 Fälle von Serolues ohne psychische Erscheinungen, darunter 2 von ausgesprochen-bösartiger Lues cerebri, 1 Fall von wahrscheinlich beginnender Meningitis luica mit positivem Wa. R. im Blut, negativem Liquor. 1 Fall von ausgesprochener progr. Paralyse, die mindestens 1 Jahr bestand. Technik: 9—12 Injektionen an jedem 2. Tag. Durchschnittlich kommt man mit 10 Inj. aus. Die ersten 3—5 Inj. konnten in der Sprechstunde gemacht werden. Von der 5. Inj. ab wurde Koffein, später Cardiazol per os gegeben, bei 3 Fällen wurde von Anfang an starkes Erbrechen festgestellt, im übrigen Mattigkeit und Kopfschmerzen, die aber subjektiv deutlich von den meningitischen Kopfschmerzen verschieden waren, die ihrerseits in der Mitte der Kur nachließen. Bisher keine Komplikationen ernsterer Art. Unterbrechung der Kur war nicht vor der 9. Injektion nötig.

Vortr. empfiehlt in jedem Falle spezifische Nachbehandlung. Bei 2 Fällen wurden vorher etwa 2 g Myo-Salvarsan gegeben und regelmäßige weitere Injektionen zwischen den Fieberinjektionen bis zur Gesamtmenge von

4,8 g Myo-Salvarsan verabfolgt. Theoretisch wird angenommen, daß die Fieberbehandlung die Blut-Liquorschranke (*Hauptmann*) auflockert und so die Einwirkung des Salvarsans im Liquor ermöglicht. Aus demselben Grunde wurde die Salvarsantherapie mehrfach mit der Liquordrainage (Dercum und Vortr.) kombiniert. Nach Besprechung der Einzelfälle wird geschlossen, daß Pyrifer in der Praxis ein vollwertiger Ersatz für die Malaria ist, wenn früh genug begonnen wird und möglichst schon die Lues cerebri oder die Serolues behandelt wird. Bei allen Arten der Fieberbehandlung wird die Wa. R. des Liquor unmittelbar nach der Behandlung nur selten negativ. Dagegen gingen die entzündlichen Erscheinungen (Nonne und Zellen) fast stets zurück. Ebenso bei Pyrifer. Die Behandlung der progressiven Paralyse mit Pyrifer wird im allgemeinen abgelehnt, da diese der Malariabehandlung im Krankenhaus vorbehalten bleiben muß. Es ist anzunehmen, daß die Malaria noch neben der Fieberwirkung irgendwie spezifisch auf die Paralyse wirkt.

Diskussion: *Meyer*-Königsberg.

Schlußwort: Fischer-Memel: Bei den bisherigen 6 Fällen sind keine Komplikationen aufgetreten, doch wird zugegeben, daß auch bei der Pyriferbehandlung dieselben Vorsichtsmaßregeln wie bei der Malaria zu treffen sind. Die Indikationsbreite für Pyrifer ist größer, doch soll nach Möglichkeit die Paralyse davon ausgeschlossen bleiben.

Erich Jacobi: Invaliditätsbegutachtung bei psychischen Veränderungen im Klimakterium.

J. geht von dem Wunsche aus, etwas Klarheit in das unklare Kapitel der Begutachtung von Klimakterischen hineinzubringen. Dieses Ziel zu erreichen wurde dadurch versucht, eine große Zahl von begutachteten Fällen zu schildern und an diesen auf die Schwierigkeiten, die sich bei fast allen einschlägigen Fällen zeigen, hinzuweisen. Behandelt wurden diejenigen Fälle, in denen die Rente abgelehnt wurde, dann diejenigen, in denen sie bejaht wurde, und schließlich eine Gruppe, bei denen psychotische oder neurologische Erkrankungen schwerer Art im Klimakterium erst manifest wurden und den Wunsch nach Invalidenrente aufkommen ließen. Ablehnung erfolgte, wo die psychogene, die rentensüchtige Seite im Vordergrund stand. Gewährt wurde die Rente, wenn der Gesamtzustand oder ein begleitendes Leiden vorhanden war, oder wenn die psychische Störung an das Psychotische grenzte.

In der III. Gruppe stand die Zubilligung der Invalidenrente außer Frage, jedoch war es meist erst die »klimakterische Komponente«, die den Patienten trotz seines schweren körperlichen oder psychischen Leidens an eine Rente denken ließ. Oft hielt sich hinter einer allgemein-hypochondrischen Einstellung eine multiple Sklerose oder eine schwerere Depression verborgen. Daher ist genaueste allgemeine Untersuchung notwendig.

Hinweis auf die Schwierigkeiten wegen der Unklarheit der Abgrenzungen und wegen der fließenden Übergänge.

(Ausführlich veröffentlicht im Archiv f. Psychiatrie Bd. 87 Heft 4.)

Steinert: Bei Fragen der psychopath. Unterlage, psychogenen Überlagerung, reaktiver Konstitution in Anbetracht der organischen Unterlage des Klimakteriums und dessen Labilität ist das Gutachten stets in dubio pro reo zu fällen.

Erich Jacobi: Ein Fall von Brompsychose.

Demonstration einer 44 jährigen Frau, die im Anschluß an 2 ziemlich schnell hintereinander eingenommene Originalgläser von Sandowschem Bromsalz, das sie nach ärztlicher Verordnung wegen einer Nierenentzündung bekam, nach kurzem beginnenden Schlaf eine Fülle von Halluzinationen erlebte, die einen flüchtigen und bewegten Charakter hatten und in vielem an die Sinnestäuschungen beim Delirium tremens erinnerten. Verkannte die Umgebung, wurde aggressiv, zeigte sehr starke Schwankungen im Verlauf, war inzwischen wieder ganz klar und besonnen, um dann abends wieder in ihren deliriumähnlichen Zustand von Verwirrtheit zu verfallen. Halluzinationen meist optischer Art, größtenteils sehr phantastisch und von außerordentlicher Deutlichkeit und stärkstem Realitätswert. Abklingen dieses Zustandes etwa nach 5—6 Tagen. Bemerkenswert ist, daß die Delirien erst auftraten, als das Brom abgesetzt war. Später vollkommen besonnen und klar, hier wegen einer reaktiven Depression eingeliefert.

Anschließend Besprechung der einschlägigen Literatur, besonders der Arbeit von *Pohlisch,* nach dem die akuten Psychosen, wie sie hier besprochen wurden, selten sind und meist zum Amentiatypus gehören.

Kutzinski: Über Gerontophilie.

Ein Fall von Gerontophilie wird in seiner Psychogenese dargestellt. Er wird als Äußerungsform einer bisexuellen Anlage aufgefaßt. Dabei werden aber alle anderen das Krankheitsbild formenden Faktoren mitberücksichtigt. (Ausführliche Publikation in der Monatsschrift für Psychiatrie.)

E. Meyer: Über Malariabehandlung der Paralyse.

(Erscheint ausführlich im Archiv für Psychiatrie.)

Diskussion: *Nobbe*-Allenberg gibt zu bedenken, neben den klinischen Heilerfolgen bei der Malariabehandlung der Paralyse auch die sozialen zu prüfen. Der die Außenfürsorge ausübende Anstaltsarzt hat häufig Gelegenheit, die mit Malaria behandelten Paralysefälle in der Außenwelt als arbeitsunfähige Sieche wieder zu finden, wenn die Behandlung, wie es häufig geschehen muß, erst in einem schon vorgerückten Stadium eingesetzt hat.

E. Meyer (Schlußwort) glaubt, daß diese Bedenken gering wiegen gegenüber dem allgemeinen großen Erfolg der Paralysebehandlung.

Nobbe-Allenberg: Ischias und Trauma vom versicherungsgerichtlichen Standpunkte. (Erscheint in der Monatsschrift für Unfallheilkunde und Versicherungsmedizin.)

Diskussion: *Steinert:* Ischias wird sich schwer bei solchen Traumen neurologisch feststellen lassen. Die meisten Formen der Ischias sind wohl als lokale Störungen aufzufassen.

Schlußwort: *Nobbe* weist auf die von ihm zitierte Stoffelsche Auffassung des Hüftnerven hin als eines Konglomerats sensibler und motorischer Bahnen, die gemäß ihrer Vielheit auch die mannigfaltigsten Krankheitsbilder bieten können. Ebenso mannigfaltig können auch die ätiologischen Momente sein, je nach ihrer Einwirkung auf eine der Bahnen oder auf Wurzel, Plexus und Stamm.

Moser: Über Leukozytose bei Stammganglienaffektionen.

M. geht von der Annahme *G. Rosenow's* aus, daß die subcorticalen Ganglien und zwar speziell das striopallidäre System für die Regulation der normalen Blutzusammensetzung, speziell der Leukozytenwerte, von besonderer Bedeutung seien. Den auf Gehirnbefunde bei Leukämie und auf experimentelle Untersuchungen gestützten Anschauungen *Rosenow's* wird an Hand klinischen Materials bei myastatischen Krankheitsprozessen verschiedener Ätiologie nachgegangen. Wenn bei enzephalitischen Parkinsonisten auch die Leukozytose, insbesondere nach *Stern,* ein Zeichen der chronisch-infektiösen Natur des Krankheitsprozesses ist, so war doch die häufige Steigerung der Leukozytenwerte auch unabhängig von der Dauer und etwaigen Exazerbationen des enzephalitischen Prozesses auffällig. Des weiteren fand sich bei mehreren Fällen von Paralysis agitans auf arteriosklerotischer Basis mehrfach ausgesprochene Hyperleukozytose mit relativer Neutrophilie und Linksverschiebung des Blutbildes. Der gleiche Befund konnte bei einem Fall von Myastase nach Kohlenoxydgasvergiftung erhoben werden, ferner in 3 Fällen von Tumoren in den Stammganglien. *M.* glaubt auch aus den klinischen Befunden auf die Existenz eines Regulationszentrums für die Leukozytenmobilisierung in Gegend der Stammganglien schließen zu können und sieht in ihnen eine Bestätigung der *Rosenow*schen Theorie. (Erscheint ausführlich im Archiv f. Psychiatrie.) *Meyer*-Königsberg.

---

23. Jahresversammlung des Vereins Bayerischer Psychiater in der Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität München am 13. u. 14. Juli 1929.

Vorsitz: *Ast*-Eglfing, *Bumke*-München; Schriftführer: *Weber*-Haar.

Anwesend: *Adam*-Eglfing; *Ast*-Eglfing, *Baumüller*-München-Neufriedenheim, Frau *Baumüller*-München-Neufriedenheim, *Bischof*-Kutzenberg, *Blachian*-Haar, *Bornebusch*-Deggendorf, *Bott*-Bamberg, *v. Braunmühl*-Eglfing, *Bresler*-Kreuzburg, *Brugger*-Roda, *Bumke*-München, *Camerer*-Winnenthal, *Caselmann*-Kaufbeuren, *Conrad*-Bayreuth, *Dieudonné*-München, *Edenhofer*-Klingenmünster, *Einsle*-Ansbach, *Entres*-Werneck, *Ewald*-Erlangen, *Faltlhauser*-Erlangen, *Ficht*-Kaufbeuren, *v. Freyberg*-München, *Gamper*-Innsbruck, *Gerweck*-München, *Gückel*-Neustadt a. d. Aisch, *Hamel*-München, *Heymann*-Frankfurt a. M., *Hirt*-München-Pasing, *Hölzel*-Haar, *v. Hößlin*-Ansbach, *Hofmann*-Werneck, *Jahnel*-München, *Jahrreiss*-München, *Isserlin*-München, *Juda*-München, *Kahn*-München, *Kaiser*-München-Neufriedenheim, *Kaldewey*-Leipzig, *Kant*-München, *Kant*-Tübingen, *Kihn*-Erlangen, *Klebelsberg*-Hall-Tirol, *Klüber*-Klingenmünster, *Knorr*-Münster, *Kolb*-Erlangen, *Küffner*-Regensburg, *Kuhl*-München, *Kunst*-Leistenau-Wttbg., *Lang*-München, *Lange*-München, *Ludwig*-München, *Luxenburger*-München, *Mandel*-Eglfing, *Mayer*-Innsbruck, *Mayr*-Eglfing, *Mosbacher*-München, *Müller*-Leipzig, *Müller*-Lohr a. M. *Nadler*-Eglfing, *Neubürger*-Eglfing, *Pfannmüller*-Ansbach, *Plaut*-München, *Prinzing*-Kaufbeuren, *v. Rad*-Nürnberg, *Rehm*-München-Neufriedenheim, *Reisch*-Innsbruck, *Reiß*-Mainkofen, *Resch*-Frankenthal, *Rösch*-Haar, *Rüdin*-München, *Sebald*-Günzburg, *Specht*-Erlangen, *Spielmeyer*-München, *Schapfl*-

Eglfing, *Schneider*-Herborn-Nassau, *Schnidtmann*-Haar, *Schuch*-Erlangen, *Schulz*-München, *Schwarz*-Kutzenberg, *Schwindt*-München, *Steichele*-Gabersee, *Stiefler*-Linz a. D., *Stoeckle*-Lohr a. M., *Tesdorpf*-München, *Theobald*-Eglfing, *Trunk*-Bayreuth, *Utz*-Gabersee, *Vierzigmann*-Regensburg, *Vogler*-München, *Wacker*-München, *Weber*-Haar, *Weinberger*-Gabersee, *Würzburger*-Bayreuth, *Zierl*-Regensburg, *Zimmermann*-München. (98 Teilnehmer.)

1. Sitzung (13. VII. 1929).

Nach Eröffnung der Sitzung begrüßt der Vorsitzende *Ast* die Versammlung, insbesondere Herrn Geheimen Rat Prof. Dr. *Dieudonné* vom Staatsministerium des Innern, Herrn Ministerialrat Dr. *Schwindt* als Ministerial-Referenten und Herrn Oberregierungsrat Frhr. von *Freyberg* als Vertreter der Regierung von Oberbayern; ferner Herrn Oberbürgermeister Dr. *Knorr* als Vertreter des bayerischen Kreistagsverbandes. Der Vorsitzende spricht zugleich Herrn Geheimrat *Bumke* seinen Dank aus für die liebenswürdige Überlassung des Klinischen Hörsaals für die Dauer der Tagung.

Er widmet sodann dem am 2. Juli 1928 nach schwerem Leiden verstorbenen langjährigen Direktor der Heil- und Pflegeanstalt Ansbach, Herrn Obermedizinalrat Dr. *Herfeld,* einen herzlichen Nachruf und würdigt die vortrefflichen ärztlichen und menschlichen Eigenschaften und die ausgezeichnete organisatorische Begabung des Verstorbenen. Die Versammlung ehrt sein Andenken durch Erheben von den Sitzen.

Zum 1. Referat erhält sodann das Wort: *Kahn*-München: Über Wahnbildung. Das Referat erscheint im »Archiv für Psychiatrie«. (Diskussion s. nach dem 2. Vortrag.)

Es folgt als erster Vortrag: *Otto Kant*-Tübingen: Allgemeine Gesichtspunkte zum Wahnproblem.

Vortr. äußert sich über die Beziehungen der reinen Paranoia zu den paranoiden Wahnbildungen auf schizophrener Grundlage. Indem er sich für eine dynamische Betrachtung einsetzt, wendet er sich gegen die zuletzt von *Gruhle* (im Anschluß an *Jaspers*) formulierte Meinung, daß insofern zwischen beiden Wahnformen ein grundsätzlicher Unterschied bestehe, als der schizophrene Wahn ein nicht ableitbares Primärsymptom sei, während der paranoische aus Charakter und Lebensumständen verständlich hervorwachse. Wenn *Gruhle* dem schizophrenen Wahn stets ein nicht näher zu definierendes Unheimlichkeitserlebnis vorangehen sieht, so entspricht dies — wenn auch wohl nur für einen Teil der Fälle — durchaus der Erfahrung. Der Unterschied ist jedoch ein rein phaenomenologischer, der mit gewissen Besonderheiten der schizophrenen Erlebnisart (Regression zur entwicklungsgeschichtlich älteren, konkret-sinnlichen Erlebnisform) zusammenhängt. *Gruhles* Irrtum beruht darauf, daß er im Phänomenologischen stecken bleibt und nicht sieht, daß die Erlebnisform noch nichts über die Dynamik der Wahnbildung aussagt. Die häufig langdauernde psychologische Verständlichkeit schizophrener Wahnbildungen, bzw. der unmerkliche Übergang einer reinen Paranoia in eine paranoide Schizophrenie, spricht andererseits unbedingt für eine analoge Dynamik beider Wahnformen. Auch ist in dem von *Gruhle* hervorgehobenen Bedeutungserlebnis die Wahnstrebung schon enthalten; es ist dem Wahn also neben- und nicht, wie *Gruhle* meint, vorgeschaltet; ebenso kommt in den Sinnestäuschungen, aus denen *Gruhle* den sekundären Wahn verständlich her-

vorwachsen sieht, die Wahntendenz schon zum Ausdruck; es handelt sich also wiederum um Neben- und nicht um Vorschaltung.

(Ausführliche Veröffentlichung erfolgt in erweitertem Rahmen.)

Jahrreiss-München: Krankheitsbefürchtung als Reaktionsnorm.

Die hypochondrische Vorstellung wird definiert als die »Einbildung krank zu sein«. Dabei wird absichtlich über ihre besondere Staffelung von der oft rasch korrigierbaren »ideagenen« hypochondrischen Vorstellung bis zur wahnhaften Einbildung nichts ausgesagt.

Der Hypochonder baut auf regelmäßig vorhandene Körpersensationen auf (*Freud, Schilder, Johannes Lange* u. a.). Die hypochondrische Vorstellung läßt sich darnach verstehen als Antwort auf subjektive Körpergefühle, denen ein objektives — wenn auch nicht krankhaftes — Geschehen zugrunde liegt. Insoweit stimmt die hypochondrische Reaktion überein mit der Reaktion des »Normalen« auf Beschwerden aus nachweislich krankhaftem Körpergeschehen. Kurze Bemerkungen über den Normbegriff in der Medizin (Regelnorm; Wertnorm = als Maßstab für den biologischen Wert Gesundheit; Reaktionsnorm = Berechenbarkeitsstab für seelisches Verhalten).

Die Normbreite der seelischen Gesundheit wird — praktisch — zunächst durch das erfahrungsgemäß sicher Krankhafte bestimmt. Wir nennen jemanden gesund, wenn er Merkmale, die erfahrungsgemäß krank sind, vermissen läßt.

Die Reaktionsnorm auf objektiv krankhafte Mißempfindungen ist darnach zunächst bestimmt dadurch, daß u. a. grobe hypochondrische Vorstellungen fehlen. Das scheint paradox zu sein, da man ja auch als Kennzeichen der hypochondrischen Vorstellung findet, daß ihr keine wirkliche Krankheit zugrunde liegt. Das ist aber eine unzulässige Verallgemeinerung. Auch die maßlos wuchernde Krankheitsbefürchtung bei vorhandener Krankheit ist eine hypochondrische Reaktion. Daneben aber gibt es eine — zulänglich — begründete »Krankheitsbefürchtung«. Ist sie die Reaktionsnorm?

Eine allgemein gültige Reaktionsnorm kann es nicht geben, sondern höchstens eine Reihe von Gruppennormen. Sie werden bestimmt durch Eigenschaften des Erkrankten (Lebensalter, ärztlicher Beruf), und durch Eigenarten der Krankheit, besonders durch den Sitz der Krankheitsgefühle (z. B. Magen-Darmstörungen; Herzkrankheiten; Störungen der Genitalsphäre usw.). Bei einem Teil von ihnen spielt die Zauberkraft unheilvoller Namen eine Rolle (Krebs, Arteriosklerose, Lues usw.). Eine weitere Gruppe körperlich Kranker läßt sich noch aufstellen, deren seelischer Reaktionsmodus die gemeinsame Voraussetzung hat, daß sie wissentlich an einem Übel leiden, das als unentrinnbar gilt.

Unter den möglichen Gruppennormen, nach denen auf Krankheitsgefühle reagiert wird, darf man wohl die einsetzende Krankheitsbefürchtung — die Furcht erheblich, unheilbar krank zu sein — als eine Reaktionsnorm auffassen. Ja, man könnte sogar meinen, daß sie durch ihre Tendenz zur Sicherung der biologischen Idealnorm (der Daseinssicherheit) am meisten gerecht wird. Es wird noch darauf verwiesen, daß sich — unter den möglichen Wertnormen — der seelischen Leistungsnorm die Unversehrtheit der positiven Beziehungen zur Umwelt als eine soziale Wertnorm zur Seite stellen läßt. Von einer ethischen Betrachtung, etwa im Sinne einer Überkompensation aus Pflichterfüllung kann dabei ganz abgesehen werden. Dieser sozialen Wert-

norm kommt am nächsten, wer trotz seiner Krankheit, ja sie rücksichtslos mißachtend, imstande ist, seine positiven Beziehungen zur Umwelt aufrecht zu erhalten.

Der Wettstreit um die Erfüllung der biologischen oder der sozialen Wertnorm ist aber in der Regel nur eine Scheinkonkurrenz. Wer seiner Gesundheit nachjagt und dadurch von seiner sozialen Leistungsnorm abfällt, beraubt sich des Regulativs der seelischen Spannkraft. Darum bleibt die seelische Plusvariante — in bezug auf die Durchschnittsnorm — d. h. der Mensch, der keine Krankheitsbefürchtung kennt, oder ihr keinen Raum gibt, in der Regel auch am längsten »leistungsfähig«.

Neben dieser Plusvariante stehen die Minusvarianten (leicht Manische, die mit ihrer Gesundheit wüsten usw.), deren Stellungnahme zu den krankhaften Erscheinungen diejenige Kritik fehlt, die man aller Erfahrung nach erwarten darf.

Die Spanne der Reaktionsnorm auf objektiv begründete Krankheitsgefühle, bzw. auf das Wissen um die eigene Krankheit reicht innerhalb der Regelbreite von der unteren Grenze der kompensierenden Plusvariante über die affektiv wenig betonte einfache Kenntnisnahme hinweg zur mehr oder weniger starken Krankheitsbefürchtung, um sich schließlich unscharf in die eine Minusvariante der mangelnden Krankheitseinsicht zu verlieren, oder in die andere der ausgemacht hypochondrischen Reaktion, deren einer Baustein »die Krankheitsbefürchtung« ist. Ein »gesunder« Baustein, der in der Regelbreite liegt und für einige Krankheitsgruppen als Reaktionsnorm gelten kann.

Aussprache zum Referat: *Kahn*-München:

Bresler-Kreuzburg: weist darauf hin, daß »Beeinträchtigung und Förderung« Begriffe sind, die schon von *Westphal, Gudden, Grashey* gebraucht wurden, und der erlösende Sinn des Größenwahns wurde schon damals als die »Fata morgana des verdurstenden Wüstenwanderers« bezeichnet. *B.* freut sich, daß er heute hier in München dieselbe Auffassung hören darf, wie er sie vor 40 Jahren in der Klinik *Grasheys* gelernt hat. *B.* weist auf die Arbeiten hin von *Friedemann, Neißer, Specht* und eine eigene, in der er den Affekt der Ratlosigkeit als das bezeichnet, was uns beim Wahn als erstes zur Erscheinung kommt. Bezüglich der »antinomischen Spannung« bemerkt *B.*, daß der gesunde Geist eine Autonomie besitze, die eines sei mit dem Nomos des Weltgeistes überhaupt (nach anderer Ansicht dagegen stehe ihr die Heteronomie entgegen), und diese Einheit sei das Wesen des religiösen Bewußtseins, bei dem der »Glaube« in seiner unendlich vielfältigen, von Zeit und Ort abhängigen, anschaulichen Vergegenständlichung etwas Sekundäres sei. Deshalb könne man nicht gut die Glaubensvorstellungen neben den krankhaften Wahn stellen.

Specht-Erlangen: freut sich angesichts der trefflichen Ausführungen des Ref. über die enorme Vertiefung, die der kritische Psychologismus und die klinische Analyse in der Deutung psychopathischer Zustandsbilder nunmehr erreicht haben und stellt mit Genugtuung fest, daß seine (*Spechts*) vor nahezu 30 Jahren veröffentlichte Arbeit über Wahn und Paranoia noch im *Kahn*schen Referat nachgewirkt hat.

Ewald-Erlangen: Herr Kahn hat seine Ausführungen, in denen er das Wahnproblem von den verschiedensten Seiten beleuchtete, mit dem Appell geschlossen, die finale, verstehende Methode nicht zu mißachten. Ich brauche

kaum zu betonen, daß ich darin mit ihm übereinstimme; denn die erfreuliche Vertiefung, die die Lehre vom Wahn durch Einbeziehung des Triebmomentes (über die Gefühls- und Affektseite hinaus) in die Entwicklung des Wahns genommen hat, ist ein Erfolg der verstehend-finalen Betrachtung. Mir wäre es freilich in Anbetracht der Fülle des rein psychologisch-neuzeitlichen Schrifttums lieber gewesen, wenn er auf die Bedeutung des Biologischen mit mehr Nachdruck hingewiesen hätte. Gerade in der Beziehung scheint uns das Ergebnis der Analyse bedeutungsvoll, daß an der Wurzel des Wahnes Triebstörungen und Triebverkrampfungen stehen. An solchen psychisch-somatischen Radikalen anzugreifen muß uns therapeutisch wesentlich sein; denn Psychotherapie kann diese biologische Grundlage der Wahnentwicklung allein nicht beseitigen. Herr Kahn hat ja erwähnt, daß exogene Faktoren die für den Wahn notwendige »antinomische Spannung« heraufführen können. Wir müssen danach streben, über diese massiv exogen bedingten Ursachen hinaus auch die konstitutionellen somatischen Faktoren, die im Laufe des Lebens zu antinomischer Spannung führen können, aufzusuchen und so der Wahnentwicklung ihre allertiefste, die somatische Wurzel zu nehmen. Dazu aber brauchen wir in erster Linie eine naturwissenschaftliche, kausal-erklärende Betrachtungsweise, die zurzeit in der Psychiatrie vielleicht nicht immer entsprechend gepflegt und gewürdigt wird.

Schlußwort: *Kahn*-München: Die Äußerungen von Herrn *Bresler* würden besagen, daß wir seit 40 Jahren gar nicht oder kaum weitergekommen seien. Ich bin Herrn *Specht* dankbar, daß er seine damit durchaus nicht übereinstimmende Anschauung zum Ausdruck gebracht hat. Wie gerade *Spechts* Arbeiten für das Gebiet der Wahnbildung bedeutungsvoll waren, braucht gewiß nicht ausgeführt zu werden. Mit Herrn *Specht* bin ich der Meinung, daß die Wahnform wohl bedeutungsvoll ist, daß aber ihre Bedeutung hinter derjenigen der kausalen Wahngenese zurücksteht. Die Bemerkung von Herrn *Ewald*, das Biologische nicht zu vergessen, ist selbstverständlich berechtigt; mein Gewissen ist nach dieser Richtung rein. Ich bin der Meinung, daß das et — et auch hier für die Entwicklung der Wissenschaft wie für die Zusammenarbeit der Wissenschaftler förderlicher ist als das aut — aut.

C. Mayer und *O. Reisch*-Innsbruck: Zur Auffassung und Klinik der Mikrozephalie (mit Laufbild).

Die Vortragenden hatten Gelegenheit, zwei Fälle von Mikrozephalie klinisch zu beobachten, über deren einen (36 jähriger Mann, Körperlänge 165,4 cm, hor. Kopfumfang 45 cm) sie ausführlicher berichten. Die Besonderheiten der Schädelform lassen sich aus den rein dynamischen Wirkungen des Größenverhältnisses zwischen Schädelkapsel und Schädelinhalt erklären. Der Kranke gehört zu jener von den Autoren in einigen klassischen Vertretern geschilderten, auch von *Kraepelin* herausgehobenen Gruppe von Mikrozephalen, die trotz hochgradigen Schwachsinns in ihrer Aufmerksamkeit leicht zu fesseln sind, ein freundlich heiteres, unmittelbar herzlich anmutendes, gutmütiges Wesen zeigen, Zu und Abneigungen haben, Mitleid erkennen lassen, sich sauber halten und, wenn auch gelegentlich rasch verpuffende Erregungen und Zornausbrüche vorkommen, im ganzen kein störendes Element darstellen. Eine ganze Reihe von psychischen Zügen des vorgestellten Kranken sind uns vom Verhalten des normalen Kindes her vertraut, können sonach

als Ausdruck eines gewissen Stehenbleibens der psychischen Entwicklung, einer Neotenie auf psychischem Gebiete, aufgefaßt werden. Dabei gewinnt man bei den Kranken dieser klinischen Gruppe den Eindruck, daß bei ihnen das Affektive — so begrenzt auch das psychische Gebiet ist, innerhalb dessen es sich geltend machen kann — ebenso wie die innig damit zusammenhängenden Regulatoren der psychischen Aktivität weniger geschädigt sind, als die Intelligenz. Vielleicht hängt dies damit zusammen, daß bei M. vera die Hemisphären des Großhirns, deren Unzulänglichkeit im Intelligenzdefekt zum Ausdruck kommt, so viel mehr geschädigt zu sein pflegen, als der Hirnstamm, den wir heute zur Affektivität und zu den Einstellungsfunktionen in Beziehung bringen. Dieser Sachverhalt hat in gewissem Sinne sein Gegenbild in den psychischen Veränderungen nach Encephalitis epidemica des Kindesalters, die gekennzeichnet sind durch schwere Störungen in Affektleben und Charakter bei gut erhaltener Intelligenz und die wir auf eine Schädigung der Gebilde des Hirnstammes beziehen, während die Rinde sehr wahrscheinlich weniger affiziert wird. Die neuestens von Jelgersma vertretene Auffassung der morphologischen und psychischen Besonderheiten der Mikrozephalen als Ausdruck einer geringeren Fetalisation im Vergleich zum normalen Menschen im Sinne der Ideen Bolks zum Problem der Menschwerdung lehnen die Vortragenden auf Grund ihrer Befunde ab. Wichtig sind die von *Zappert* mitgeteilten Beobachtungen von echter M. als Folge der durch diagnostischen Irrtum vorgenommenen Röntgenbestrahlung menschlicher Mütter in frühen Stadien der Gravidität. Zusammen mit den Tatsachen, daß in einem frühen Stadium der Embryonalanlage der vordere Teil der Hirnanlage besonders empfindlich ist und Chemikalien, welche dem Medium, in welchem sich die Keime entwickeln, zugesetzt werden, vor allem oder ausschließlich das vordere Ende der Embryonalanlage beeinflussen *(A. Fischel)*, ergeben sich aus diesen Beobachtungen Ausblicke für ein pathogenetisches Verstehen der Mikrozephalie.

Brugger-Roda: Vorläufiger Bericht über genealogische Untersuchungen an Schwachsinnigen.

Seit längerer Zeit wird in Stadtroda eine genealogische Bearbeitung aller in den letzten 45 Jahren in die Anstalt aufgenommenen Schwachsinnigen durchgeführt. Die Erhebungen erstrecken sich auf Geschwister, Eltern, Geschwister der Eltern und Neffen und Nichten der Probanden. Von jeder Familie wird mindestens ein Mitglied persönlich aufgesucht. Es sind zur Hauptsache zwei Dinge, welche die genealogische Bearbeitung Oligophrener erschweren. Die eine Schwierigkeit liegt in der ätiologischen Mannigfaltigkeit des Materials. Es muß daher eine Gruppierung nach ätiologischen Gesichtspunkten versucht werden. Vor allem aber ist es die vollständige Erfassung und diagnostische Abgrenzung der Schwachsinnigen unter den Angehörigen, was die Untersuchung sehr erschwert. Wichtig ist die Erkennung auch der ganz leicht Schwachsinnigen, da diese am ehesten die Anlage weiter verbreiten. Alle möglicherweise Oligophrenen werden persönlich aufgesucht. Die Diagnostizierung des Schwachsinns wird vorgenommen auf Grund der allgemeinen Kenntnisse der Untersuchten, auf Grund ihrer Schwerfälligkeit bei der Unterredung. Zur Kontrolle des persönlichen Eindrucks werden die soziale Brauchbarkeit und die Schulkenntnisse eingehend berücksichtigt. Die Beurteilung der Zensuren muß natürlich sehr vorsichtig erfolgen.

Zur ätiologischen Differenzierung des Materials werden diejenigen Fälle, bei denen sich eine sichere exogene Schädigung, dagegen kein weiterer Schwachsinn in der Familie nachweisen läßt, zu einer besonderen Gruppe zusammengestellt. Eine weitere Gruppe bilden jene Fälle, welche durch Kombination exogener und erblicher Momente entstehen. Ob dabei die erblich minderwertige Anlage zu einer exogenen Schädigung besonders disponiert, kann nur an größerem Material entschieden werden. Diejenigen Fälle, welche auf Fruchtschädigung durch eine Lues der Eltern zurückgeführt werden können, sind selten. Trunksucht der Eltern kommt als Ursache des Schwachsinns überhaupt nicht in Betracht. Alle nicht exogen oder durch Lues bedingten Fälle müssen als Kerngruppe die erblichen Schwachsinnsformen enthalten. Nach Abzug der sicher erblich bedingten Fälle, in deren Familien sich Schwachsinnige meist in großer Zahl finden, bleibt noch eine Restgruppe übrig, deren Familien außer den Probanden kein anderes schwachsinniges Mitglied enthalten. Es liegt nahe, in diesen Fällen eine exogene Ursache zu vermuten, die bisher nicht gefunden werden konnte. Die sicher erblichen Fälle unterscheiden sich von dieser Restgruppe auch durch ihr tiefstehendes soziales Milieu und durch eine große Häufigkeit von Zwillingsgeburten in allen Verwandtschaftsgraden. Während die Zwillinge unter den Geschwistern der wahrscheinlich exogen bedingten Fälle nicht häufiger sind, als in der Durchschnittsbevölkerung, kommt unter den Geschwistern der erblichen Fälle eine Zwillingsgeburt auf nur 35 Gesamtgeburten. Die Geschwister der erblichen Fälle sind zu 21% auch schwachsinnig. Von den Eltern ist ebenfalls ein großer Teil oligophren. Dagegen ist unter den Eltern die Trunksucht und die Sterblichkeit an Tuberkulose eher seltener als in der Durchschnittsbevölkerung. Die Psychosenhäufigkeit entspricht, abgesehen von einem gänzlichen Fehlen der Epilepsie, den Verhältnissen der Durchschnittsbevölkerung.

Das Ziel der Arbeit ist, durch eingehende erbbiologische Untersuchung der Geschwister und der Aszendenz möglichst sicher die erblichen Formen von den exogen bedingten abzutrennen und durch systematische Bearbeitung der Nachkommenschaft festzustellen, ob die Fälle, welche als nicht erblich vermutet werden, auch wirklich keine schwachsinnigen Nachkommen haben.

2. Sitzung (nachmittags)

Fritz Kant-München: Konstitution und Reaktion im Giftrausch (nach gemeinsamen Versuchen mit Krapf und Kuhl).

Es wird über die Beobachtungsergebnisse von zwanzig Rauschgiftversuchen berichtet, die mit zehn manisch-depressiven und zehn schizophrenen Frauen angestellt wurden.

Als Rauschgift diente Haschisch. Die Versuchspersonen waren außerhalb einer Phase bzw. Schubes, jedenfalls frei von akuten psychotischen Erscheinungen. Bei der Auswahl des Materials wurde dem Körperbau insoweit Rechnung getragen, als bei den Manisch-depressiven reine oder vorwiegend pyknische Typen ausgesucht, bei den Schizophrenen aber Pykniker ausgeschlossen wurden.

Zusammenfassend werden die wesentlichen Züge des Rausches beider Versuchsreihen skizziert und es wird auf Übereinstimmungen und Abweichungen hingewiesen.

Individuell zwar unterschiedlich sowohl qualitativ als auch quantitativ, aber ohne durchgängige Verschiedenheiten in beiden Formenkreisen, waren

die objektiven und subjektiven körperlichen Störungen. Ebensowenig wiesen die beiden Formenkreise spezifische Unterschiede in bezug auf die Alteration der Bewußtseinslage auf, obwohl diese in allen Abtönungen von einer kaum merkbaren Benommenheit bis zu schwerer Bewußtseinstrübung zu beobachten war. Wesentliche Differenzen in den Reaktionen beider Formenkreise traten hervor in dem affektiven und motorischen Verhalten, in den Veränderungen der Denkvorgänge und bei den Sinnestäuschungen.

Während unter Haschischwirkung die Affektlage normalerweise nach der euphorischen Seite hin verschoben ist, wurden von den 10 manisch-depressiven Patientinnen nur 3 euphorisch, und zwar waren es eine abgelaufene manische Erkrankung, die bei Einnahme des Haschisch hypomanisch war, eine abgelaufene Depression, die zu Beginn des Versuches noch leichte Reste depressiver Verstimmung zeigte. Ganz anders reagierten die 7 übrigen Patientinnen; es handelte sich bei ihnen um abgelaufene Depressionen, die in ihrer Stimmungslage zu Beginn des Versuchs teils unauffällig, teils noch leicht depressiv waren. Sie alle wurden mehr oder minder depressiv und teilweise stark gehemmt. Eine Patientin bot geradezu das Bild des depressiven Stupors. In einigen Fällen kam Angst hinzu.

Von den 10 Schizophrenen wurden 7 ausgesprochen euphorisch, 2 gerieten in einen Angstzustand und eine schließlich zeigte Angst und Heiterkeit in groteskem Wechsel. Häufig waren bei den Schizophrenen stürmische Lachsalven ohne adäquaten Affekt.

Die Abänderung der Motorik bestand bei den Manisch-depressiven lediglich in einer Belebung oder Hemmung derselben, während 4 von den 10 Schizophrenen katatone Erscheinungen boten: stereotype Pendel- und rotierende Bewegungen, Katalepsie, Befehlsautomatie und negativistischen Stupor.

Es überrascht, daß von den insgesamt 20 Patientinnen 7, und zwar 4 Manisch-depressive und 3 Schizophrene keinerlei Phänomene boten, die zu den Trugwahrnehmungen im weitesten Sinne des Wortes gehören, zumal sowohl bei unseren Selbstversuchen, wie auch bei den aus der Literatur bekannten, zum mindesten optische Erscheinungen nicht gefehlt haben.

Bei den Manisch-Depressiven beschränkten sich die Trugwahrnehmungen auf die optische Sphäre, den Geschmackssinn und Körpersensationen, bei den Schizophrenen dagegen wurden in 3 Fällen akustische Halluzinationen beobachtet. Am eindrucksvollsten war bei den Schizophrenen, wie das Gefühl der Bedrohung im Rausch als körperliche Beeinflussung objektiviert und in der verschiedensten Form konkret plastisch erlebt wurde. Bestrahlt, von Energiewellen getroffen, von Elektrizität durchströmt, gestochen, sexuell beeinflußt fühlten sich diese.

Überblickt man die verschiedenen Rauschbilder als Ganzes, so boten einige Schizophrene völlig das Bild einer katatonen Hyperkinese, während sich unter den Manisch-Depressiven Zustände vitaler Depression mit schwerer Hemmung fanden. Eine ihrer Qualität und Quantität nach bekannte gleiche Noxe hatte bei Individuen, die dem schizophrenen und manisch-depressiven Formenkreis angehören, völlig divergente Zustandsbilder erzeugt, Bilder, die nicht im geringsten auf die gleiche Noxe schließen ließen. — Es wurde an diesen Rauschgiftuntersuchungen entwickelt, wie berechtigt die stukturanalytische Betrachtung (Stertz) der exogenen Reaktionstypen

ist, daß aber die fakultativen Symptome eine weitergehende Differenzierung erheischen.

Aussprache: *Ewald*-Erlangen: Wie der Herr Vortragende auf Anfrage mitteilt, gingen die emotionellen Störungen vermehrter Euphorie oder Depression den übrigen Erscheinungen zeitlich voraus und klangen zuletzt noch nach. Es würde das durchaus wieder zu der Anschauung passen, daß die dem emotionellen Leben zugeordneten Hirnelemente die ansprechbarsten sind, daß also durch milde exogene Schädigung (wobei natürlich eine individuelle Breite der Reaktion mit in Rechnung zu stellen ist) in der Tat im wesentlichen homonome (emotionale) Bilder (aber deshalb nicht endogene Krankheiten!) erzeugt werden. — Die metatoxischen Zwischenglieder erscheinen uns in der Tat für alle akuten exogenen Psychosen entbehrlich; für die chronischen Vergiftungen, wie es ja ursprünglich auch von Bonhoeffer gemeint war, wird man sie aber wohl aufrechterhalten müssen.

Otto Kant-Tübingen: fragt an, ob es sich bei den Manisch-Depressiven, die auf Haschisch depressiv reagierten, um echte Circuläre handelt, die schon beide Phasen durchgemacht hatten, oder um solche, die bisher nur depressiv erkrankt waren.

Kant-München: Unter den Versuchspersonen, die depressiv reagierten, waren auch Cirkuläre.

Luxenburger-München: Über weitere Untersuchungen zur Frage der Korrelation von schizophrener Erbanlage und Widerstandsschwäche gegen die tuberkulöse Infektion.

Die durch unsere Untersuchungen in den Geschwister- und Elternschaften Schizophrener und der Durchschnittsbevölkerung nachgewiesene Tatsache, daß zwischen Widerstandsunfähigkeit gegen Tuberkulose und Erbanlage zur Dementia praecox erbkonstitutionelle Beziehungen bestehen, legt die Frage nahe, wie sich die Weitergabe durch die Generationen vom Gesichtspunkte dieser Affinität aus gestaltet. Besteht die Annahme einer genotypischen Korrelation zu Recht, so muß ein deutlicher Parallelismus zwischen der Häufigkeit der Schizophrenie und dem Auftreten der für den schizophrenen Erbkreis charakteristischen Psychopathen einerseits und der Tuberkulosesterblichkeit andererseits festzustellen sein. Dehnt man die Untersuchungen auf Kinder, Neffen und Nichten und Enkel Schizophrener aus und vergleicht mit den Geschwisterschaften, so tritt dieser Parallelismus mit aller nur wünschenswerten Deutlichkeit zutage. Steigt die Schizophrenie- und Psychopathenziffer, so steigt die Tuberkulosesterblichkeit; sinkt jene, so sinkt auch diese. Nur die Enkel machen scheinbar eine Ausnahme, indem bei ihnen die Tuberkulosesterblichkeit etwas niedriger ist als bei den Neffen und Nichten, während sie um ein geringes höher zu erwarten wäre. Doch ist zu bedenken, daß die Enkel als eine besonders jugendliche Generation einer hygienisch günstigeren Zeitperiode angehören und eine größere Zahl lebend aus der Beobachtung geschiedener Individuen aufweisen, so daß die allgemeine Mortalität und somit auch die an Tuberkulose sich niedriger stellen muß.

Stiefler-Linz a. D.: Der Grundgelenkreflex (C. Mayer) in der psychiatrischen Praxis.

Nach kurzer geschichtlicher Einleitung und Darstellung des Reflex-

bildes einschließlich der Technik der Auslösung wird die klinische Brauchbarkeit des G. G. R. durch den Nachweis der hochwertigen physiologischen Beständigkeit (87—95%), seiner pathologischen Eigenart, des leicht erkennbaren Erfolgsbildes, der in technischer Hinsicht leichten Prüfbarkeit begründet, und die Klinik des Reflexes des näheren erörtert, wobei als wesentliche, für den Psychiater wie praktischen Arzt gleich wichtige Ergebnisse hervorgehoben werden:

1. Der G. G. R. ist als ein Reagens auf die Py-Bahnfunktion insofern zu betrachten, als eine Lähmung oder Parese einer o. E. bei Befallensein ihres distalen Abschnittes als Folge einer Schädigung der Py-Bahn unweigerlich einhergeht mit der Aufhebung bzw. pathologischen Abschwächung des G. G. R.; es kommt diesem Verhalten des G. G. R. bei Erkrankung der Py-Bahn für die o E. die gleiche Bedeutung zu wie dem Nachweis des Babinskischen Phänomens für die u. E.

2. Das Fehlen des G. G. R. gehört zum Bilde des vollentwickelten epileptischen Anfalles und spricht bei der diagnostischen Beurteilung eines fraglichen Anfalles mit Sicherheit gegen Hysterie und Simulation; er fehlt noch im postparoxysmalen Koma, ja häufig noch bei Wiederkehr aktiver Beweglichkeit und stets, nachdem die Lichtreaktion der Pupillen bereits wieder normal geworden ist.

3. Steigerung des G. G. R. mit Erweiterung der Auslösungsmöglichkeiten und des Erfolgsgebietes, ungemein rascher Daumenbewegung wurde sehr häufig bei Meningitis verschiedener Genese (eitrige, tuberkulöse, luische) und auch in Fällen von Stirnhirntumor bei gleichzeitigem Bestehen von Zwangs- und Nachgreifen beobachtet.

In Lichtbildern wird die Auslösung des Reflexes, das Erfolgsbild, der gekreuzte G. G. R., Steigerung des Reflexes, Veränderungen des Erfolgsbildes bei Medianus- und Ulnarislähmung gezeigt.

Aussprache: *v. Rad*-Nürnberg: kann die Erfahrungen des Vortr. über Steigerung bei Meningitis auf Grund zahlreicher Beobachtungen vollauf bestätigen. In vielen Fällen ließ sich auch vom Mittelgelenk bei Meningitis der Reflex auslösen. Es wird dann weiter darauf hingewiesen, daß bei all den Fällen, bei denen es infolge von Schädeltraumen zu Blutungen in den Hirn-Rückenmarkshöhlen gekommen ist, neben anderen meningitischen Erscheinungen eine ganz erhebliche Steigerung des Grundgelenkreflexes nachgewiesen werden kann, die mit dem Grade der Blutbeimengung zum Liquor parallel geht.

Reisch-Innsbruck: In der Narkose und bei Vergiftungen pflegt der Grundgelenkreflex ungefähr zugleich mit dem Bauchdecken- und Fußsohlenreflex zu verschwinden und zwar vor den Sehnenreflexen, welch letztere früher wiederkehren als erstere; unter 20 Beobachtungen bei Narkosen wurde nur einmal ein umgekehrtes Verhalten gefunden.

Zur Illustrierung der Empfindlichkeit des Grundgelenkreflexes und dessen diagnostischer Bedeutung wird ein Fall von schwerer Meningealblutung erwähnt, bei dem die Herdschädigung, die keine Beeinträchtigung der groben Kraft zur Folge hatte, aus einer Abschwächung und früheren Ermüdbarkeit des einen Grundgelenkreflexes zu diagnostizieren war.

Schlußwort: *Stiefler*-Linz: Interessant wie prognostisch gleich wertvoll ist die prämonitorische Abschwächung des Reflexes, die dem Eintreten einer zentral-bedingten Parese der o. E. vorausgehen kann. In der Narkose

verschwindet der G. G. R. vor dem Erlöschen der Sehnenreflexe und wird erst nach deren Wiederkehr wieder sichtbar. Bei Meningitis genügt oft die leichte Beugung einer Endphalange oder auch die Streckung eines Fingers im Grundgelenke, um eine ungemein lebhafte Erfolgsbewegung hervorzurufen, deren Erweiterung sich kundgeben kann in der gleichzeitigen Anregung des Lérischen Phänomens.

Heene-Frankenthal: berichtet über 2 Fälle von metastatischer Gehirnkarzinose, deren klinischer Verlauf und pathologisch-anatomischer Befund verglichen wird mit einem 3. Falle aus eigener Beobachtung. Während psychisch bei allen 3 Fällen eine frühzeitig einsetzende Persönlichkeitsveränderung bemerkt wurde, trat die reaktive Psychose erst wenige Tage vor dem Tode plötzlich in Erscheinung. Bei einem Falle war als einziges Herdsymptom ein ausgesprochener Diabetes insipidus vorhanden.

Die autoptischen Befunde der 3 Fälle ergaben folgendes:

1. Fall K. Primäres Lungenkarzinom im r. Oberlappen, Drüsenmetastasen in den Hilusdrüsen, in Leber und Pankreas. Im Gehirn diffus verteilte Tumormetastasen, ebenso in den Kleingehirn-Hemisphären, in der Dura und in den weichen Häuten. Die Tumorknötchen sitzen in der Rinde, während im Hemisphärenmark und in den Stammganglien ähnliche Gebilde vermißt werden.

2. Fall Sch. Primärer Mamma-Krebs. Metastasen in Lunge und Leber, im Gehirn massenhaft stecknadel- bis walnußgroße gelblich-weiße, derbe Krebsknoten in den verschiedenen Regionen.

3. Fall L. Primäres Adenokarzinom der r. Lunge. Metastasen in der Dura und Hypophyse. Außerdem multiple Tumoren von Stecknadelkopf bis Erbsengröße in allen Teilen des Gehirns, aber nur in der Marksubstanz, Metastasen in den Hilusdrüsen, Leber und Peritoneum.

Trotz der Schwere des pathologisch-anatomischen Befundes im Falle L. wurde intra vitam vor Auftreten der akuten reaktiven Psychose nur der Diabetes insipidus, beobachtet. Über die Entstehung des Diabetes insipidus, der im Falle L. allein den Verdacht auf Hypophysentumor schuf, bevor andere zentrale Symptome auftraten, haben Krauß und von Hann eingehende Untersuchungen angestellt und auch andere Resultate dabei berücksichtigt. Sie fanden, daß, wie im Falle L., Krebsmetastasen in der Regel im Hinterlappen der Hypophyse sitzen. Krauß glaubt, daß eine Störung des nervösen Anteils des Hypophysenzwischenhirns Diabetes insipidus verursachen kann. Von Hann wies nach, daß die Zerstörung des Hinterlappens der Hypophyse allein noch keinen Diabetes insipidus hervorzubringen vermag, daß ein solcher vielmehr gebunden ist an das gleichzeitige Vorhandensein eines intakten, funktionsfähigen Vorderlappens. Dem Vorderlappen ist eine diuretische, dem Hinterlappen eine antidiuretische Wirkung zuzuschreiben. Bei Funktionsausfall des Hinterlappens erlangt der antagonistisch wirkende Vorderlappen ein bedeutendes Übergewicht und bewirkt so vermehrte Diurese. Ist der Vorderlappen aber selbst erkrankt, so wird diese Wirkung unmöglich, d. h. der Diabetes insipidus verschwindet.

Diese Annahme wird durch 2 Fälle Neubürgers bestätigt, denen sich unser Befund anschließt. Der Diabetes insipidus verringerte sich erst 8 bis 10 Tage vor dem Tode und hörte erst 3 Tage vor dem Tode auf. Der pathologisch-anatomische Befund der Hypophyse entspricht diesem Verlauf:

Karzinomatös veränderter Hinterlappen, langsames Vordringen des Karzinoms in die Pars intermedia, die erst da und dort unterbrochen wird, und Vordringen des Karzinoms in den Vorderlappen.

Demonstration eines Schnittes durch die Hypophyse im Lichtbild. Das zweite Lichtbild zeigt einen Schnitt durch einen Gehirnherd. Man sieht deutlich, daß, ähnlich wie im Falle K. und Sch., die Tumorknötchen fast nur in die Rindensubstanz eingelagert sind, während das Mark so gut wie frei bleibt. Vielleicht kann man dies darauf zurückführen, daß die Ausbreitung der Karzinommetastasen, wie Kino in Frankfurt nachzuweisen sucht, vor allem auf dem Wege von perineuralen Lymphdrüsen und meningeal erfolgte, und so die Gehirnrinde zunächst erfaßt wurde. Dafür sprechen auch in unserem Falle L. die Metastasen der Dura.

Wenn wir aber unsere Befunde mit den von *Neubürger* und *Singer* veröffentlichten Befunden über reaktive Veränderungen in der Umgebung karzinomatöser und sarkomatöser Hirntumoren zu vergleichen suchen, ist auf folgendes zu achten: Neubürger fand im Falle Sch. bei den die Metastasen umgebenden Nervenzellen folgende Eigenart: Die Nervenzellen suchen dem Gewächs gleichsam auszuweichen, sie sind in den Spitzenfortsätzen nach dem Tumor zu konkav umgebogen, schief gestellt oder in die Länge gezogen. Außerdem finden sich Schwellung des Zell-Leibs, aber auch einfache Zellschrumpfungen. In der Umgebung der Tumorknötchen fanden sich eine deutliche plasmatische, zum Teil faserige Glia-Reaktion und gemästete Gliazellen, endlich Vermehrung des Gefäßbindegewebsapparates, Mitosen und Gefäßsprossen, Diapedesisblutungen und Erweiterung der Gefäße.

Vergleicht man damit die reaktiven Veränderungen im Falle L., so erkennt man stellenweise das von Singer und Neubürger geschilderte Ausweichen der Nervenzellen, Umbiegung und Anpassung an die wachsende Neubildung. Hier sieht man auch vereinzelt gewucherte Ganglienzellen. In der Umgebung der Tumormetastasen des Falles L. zeigen sich nur wenige gemästete Ganglienzellen, außerdem einzelne versprengte Karzinomzellen, dagegen fehlt eine Gliawucherung fast vollständig, ebenso fehlen die im Falle Sch. gefundenen Gefäßveränderungen. Das Fehlen einer ausgesprochenen Gliawucherung, ferner von Tumorknoten in der Marksubstanz des Gehirns und des Hypophysenvorderlappens, endlich das Fehlen von ausgesprochenen Nekrosen innerhalb der Tumormetastasen selbst, spricht für eine ganz frische Aussaat in das Gehirn.

Auch der klinische Verlauf der Erkrankung, das rasche plötzliche Einsetzen des akuten psychotischen Zustandsbildes in den letzten Lebenstagen, das sehr schnell von einem komatösen Zustand abgelöst wurde, deutet auf eine plötzliche Aussaat in das Gehirn hin.

Bei allen 3 Fällen wurde frühzeitig eine Persönlichkeitsveränderung beobachtet:

Im Falle K. 2 Jahre vor dem Tode, im Falle Sch. ein halbes Jahr vor dem Tode, im Falle L. eineinhalb Jahre vor dem Tode.

Die akute geistige Erkrankung dagegen setzt bei allen 3 Fällen plötzlich und relativ kurze Zeit vor dem Tode ein. Im Falle Sch. 6 Wochen, im Falle K. 4 Wochen, im Falle L. erst eineinhalb Wochen vor dem Tode.

Vielleicht kann man einen engen Zusammenhang zwischen dem Beginn der akuten psychischen Veränderung und der Aussaat der Karzinommetastasen in das Gehirn annehmen, denn wie man bei den 3 Fällen sieht, je früher vor dem Tode die akute geistige Veränderung einsetzte, desto schwerer waren die reaktiven Veränderungen in der Umgebung der Tumorknötchen im Gehirn.

Referent schilderte dann noch eingehend den Verlauf der psychischen Erkrankung, die ein delirantes korsakowähnliches Zustandbild bot. Dabei zeigten sich im Falle L. eine besonders starke Bewegungsunruhe und optische Halluzinationen, wie sie Bostroem bei multiplen Tumoren des Gehirns schildert.

Allgemein zeigen die 3 Fälle bei sehr ähnlichem klinischem Verlauf der Erkrankung und fast gleichem autoptischen Befunde ganz verschiedene reaktive Veränderungen in der Gehirnsubstanz.

Aussprache: *Spatz*-München glaubt, daß die Verteilung der Metastasen im Gehirn für eine von den Blutgefäßen aus stattfindende Aussaat spricht. Bei einer Ausbreitung vom Liquor aus müßte man u. a. ein Befallensein der weichen Häute erwarten.

Heene-Frankenthal schließt sich im Schlußwort den Ausführungen von Prof. Spatz-München an.

v. Braunmühl-Eglfing: Anatomisches zur Pickschen Krankheit.

Vortr. stellt sich die Aufgabe, einen kurzen Überblick über die Anatomie der Pickschen Krankheit zu geben und nachdrücklich auf die Notwendigkeit gründlicher klinisch-anatomischer Analyse präseniler und seniler Verblödungsprozesse hinzuweisen.

An Hand von Diapositiven werden die für die Picksche Krankheit wichtigsten Rindenatrophietypen, wie die Frontal- und Temporalatrophie besprochen, der parietale Atronphietyp mit seinem Atrophiezentrum in der Gegend der Gyri supramarginales und angulares besonders hervorgehoben.

Eine genauere Analyse erfahren die extrakortikalen Veränderungen bei Pickscher Krankheit, wie sie bei 7 untersuchten Fällen in mehr oder weniger ausgesprochener Weise angetroffen wurden. — Der oft makroskopisch schon deutlichen Auflockerung und Parenchymzerklüftung des Striatums und Pallidums entsprechen im histologischen Bild deutliche Zellausfälle mit entsprechender zelliger und faseriger gliöser Ersatzwucherung. Im Striatum zeigten sich namentlich die kleinen Zellelemente an Zahl verringert, oft auch ganz ausgefallen; Zellblähungen an den großen Striatumzellen wurden beobachtet. Wie in der Rinde, fanden sich auch im Striopallidum und in tieferen Kernregionen in einer Reihe von Fällen große Mengen diffus verteilten, eisenhaltigen Pigmentes; namentlich in der Substantia nigra war bei der schweren Schädigung der Parenchymelemente (Zellblutungen!) die Pigmentausstreuung sehr eindrucksvoll. Die Befunde stimmen mit denen überein, wie sie Spatz und Grünthal für ihre Fälle erwähnt haben. Bemerkenswert waren wieder eigenartige Markscheidenauftreibungen, die nicht nur in den Rinden-Markanteilen der atrophischen Windungen, sondern auch bei einem Fall mit einem sehr merkwürdigen, großen Entmarkungsherd im inneren Pallidumabschnitt, dort gefunden wurden.

Die vom Vortr. aufgeworfene Frage, ob der anatomische Prozeß in

den erkrankten subkortikalen Bezirken der gleiche ist wie in der atrophischen Rinde, wird bejaht. Die Frage, ob der Parenchymuntergang streng gesetzmäßig abläuft, Systeme herausgreift, wird verneint, wenngleich es fürs erste scheint, daß in manchen Fällen das Striopallidum »elektiv« miterkrankt. Es darf eben nicht übersehen werden, daß bei demselben Prozeß benachbarte Kern- und namentlich Markgebiete primär miterkranken. Bei solchen, zumeist rascher verlaufenden Fällen kann man von einer Erkrankung in Systemen streng genommen nicht sprechen; bei diesen Fällen lassen sich auch kaum mehr befriedigende Vergleichspunkte zu einem, wenn auch vorzeitigen und besonders ausgesprochenen Altersprozeß aufzeigen, wie dies bei den langsam verlaufenden Fällen gelingt.

Für weitere Arbeiten hält es Vortr. für wichtig, die von der Anatomie aufgezeigten Befunde dem klinischen Bild einzugliedern. Manche Erscheinungen, die man bislang als rindenbedingt angesprochen hat, mögen mit der Erkrankung subkortikaler Bezirke im Zusammenhang stehen. Die Klinik wird bei der Pickschen Krankheit den Effekt von schwerer Rinden- und Stammganglienschädigung studieren müssen. Die Anatomie wird sich bei der Erkrankung der Stammganglien vor allem fragen müssen, ob sie regelmäßig nachweisbar ist, und ob es vielleicht Fälle gibt, bei denen das Striopallidum einmal der Rinde in der Erkrankung vorauseilt. Es würden sich so interessante anatomisch-klinische Ausblicke für eine vergleichende Krankheitsforschung bieten, worauf schon Spatz hingewiesen hat, als er die Verwandtschaft der Pickschen Krankheit zu den in weiterem Sinne heredodegenerativen Erkrankungen betonte. Vielleicht wären symptomatologisch und erbbiologisch unklare Fälle Huntingtonscher Krankheit in Richtung solcher Gedankengänge zu analysieren.

Aussprache: *Spatz*-München: Die Tatsache, daß bei der Pickschen Krankheit außer bestimmten Rindenbezirken das Striatum und andere Teile der Stammganglien an der elektiven Atrophie teilnehmen können, spricht zugunsten meiner Vorstellung, daß zwischen Krankheiten mit »lokaler« Hirnatrophie — so speziell zwischen Pickscher und Huntingtonscher Krankheit — engere Beziehungen bestehen müssen.

Bostroem-München: Klinische Demonstrationen.

1. Bindearm-Chorea. 1926 Amputation der rechten Mamma wegen Karzinoms. Seit Februar 1929 ausfahrende Bewegungen des linken Armes, etwas weniger des Beines, beim Sprechen auch Zuckungen im Gesicht, vorzugsweise links. Anamnese und Befund erinnern an die Fälle von Bindearm-Chorea durch Krebsmetastase, wie sie Bonhoeffer und Kleist-Bremme beschrieben haben. Ein Vergleich mit der Sydenhamschen Chorea ergibt, daß die hier vorliegenden Bewegungen zwar auch kurz sind, sie beschränken sich aber nicht auf einzelne Muskeln, wechseln auch nicht in so typischer Weise wie bei der Sydenhamschen Chorea, es sind vielmehr meist dieselben Muskeln immer wieder befallen. Die Bewegungen erfolgen außerdem gleichzeitig in einer ganzen Reihe von Muskeln. So entstehen ausfahrende schleudernde Bewegungen, die besonders durch die Bevorzugung der körpernahen Armteile einen mehr hemiballistischen Charakter tragen. Die Bewegungen werden durch Erregung gesteigert. Die Muskeln sind nur in geringem Maße hypotonisch. Dagegen besteht eine außerordentlich starke Ataxie des befallenen Armes und eine sehr starke Erschwerung

der willkürlichen Bewegungen. Es bedarf einer ziemlichen Zeit, bis geforderte motorische Akte ausgeführt werden; zunächst kommt es dabei immer zu einer Reihe von Innervationsentgleisungen. Ein anhaltender Kraftaufwand, z. B. Händedruck, ist nicht möglich; die Pat. innerviert immer wieder aufs neue. Ob die Bindearm-Chorea Bonhoeffers auch an Hemiballismus erinnerte, läßt sich schwer sagen; bemerkenswert ist, daß auch in Bonhoeffers Beschreibung von plötzlichen, hastigen, schleudernden Bewegungen die Rede ist.

Für die hemiballistischen Bewegungsstörungen wird ein Herd im gekreuzten Corpus Luys verantwortlich gemacht. Es ist interessant, daß bei dem Kleist-Bremmeschen Falle, bei dem es sich ebenfalls um eine Metastase nach Mamma-Karzinom handelte, nicht nur der rechte Bindearm vor seiner Kreuzung, sondern auch das linke Corpus Luys einen Herd aufgewiesen hat. Martini und Purdon (Lancet 1928/II S. 315) haben einen der Beschreibung nach ebenfalls hemiballistisch aussehenden Fall von rechtsseitiger Chorea mitgeteilt, bei dem sich eine Blutung im linken Corpus Luys gefunden hat. In der Arbeit ist erwähnt, daß Greenfield hier eine vom Corpus Luys absteigende Degeneration eines kleinen Faserbündels feststellen konnte, das durch das Mittelhirn zieht und hier oberhalb der Substantia nigra am medialen Rande der Schleife liegt. Martini und Purdon meinen, daß eine Erkrankung des Corpus Luys und der von ihm ausgehenden Bahnen für die halbseitige Chorea verantwortlich gemacht werden muß, und es ist interessant, festzustellen, daß der bei Bonhoeffer abgebildete Herd wohl auch die von Greenfield beschriebene Bahn einbezieht. Da bei Bonhoeffer die Bindearme an der Stelle ihrer Kreuzung befallen sind, wird dadurch, daß man die genannte kleine Bahn für die Entstehung der choreatischen Bewegungen verantwortlich macht, auch das vorzugsweise halbseitige Befallensein bei der Bonhoefferschen Patientin erklärt. Es wird noch einer Bestätigung der noch nicht in extenso vorliegenden Untersuchungen von Greenfield bedürfen, um sich über die hier in Betracht zu ziehenden Fragen schlüssig zu werden. Der vorliegende Fall ist vielleicht bei seiner strengen Einseitigkeit geeignet, seinerzeit zu diesen Problemen beizutragen.

2. Abgelaufene Polioencephalitis. 53jährige Frau, die nach reichlichem Schnapsmißbrauch am 11. 7. 1928 mit ausgemachtem Korsakow und Polyneuritis aufgenommen wurde. Nach 14 Tagen kam es zu Nystagmus, Pupillenstörungen, Schlaflosigkeit. Die Augenbewegungen waren frei. Die Schlafstörung dauerte etwa ein halbes Jahr. Seit September 1928 Gewichtszunahme, die sich weit über das normale Gewicht hinaus erstreckte, so daß die 154 cm große Frau jetzt ein Nacktgewicht von 77 kg aufweist. Die Tatsache, daß der Grundumsatz nur 93% beträgt, spricht für eine endogene cerebrale Fettsucht, ähnlich wie man sie gelegentlich nach Encephalitis epidemica sieht (Stern: Tuber cinereum). Von L. R. *Müller* wird auf Grund verschiedener Beobachtungen eine Schädigung in der Gegend des 3. Ventrikels oder der Corpora mammillaria für derartige Fettsuchtszustände verantwortlich gemacht; ähnlich nehmen Spiegel und neuerdings Graf und Grünthal Zentren im Zwischenhirn an der Hirnbasis für diese Stoffwechselvorgänge an. Nun hat Gamper in seiner Arbeit über die Polioencephalitis der Trinker vor allen Dingen die Gegend des Tuber cinereum und die Corpora mammillaria als Hauptsitz der patholo-

gischen Veränderungen feststellen können. Die bei einer derartigen Lokalisation zu erwartenden vegetativen Störungen sind bei dieser Erkrankung deswegen bis jetzt nie beobachtet worden, weil die meisten Kranken bald zugrunde gehen. Hier hat es sich offenbar um eine leichte, aber doch wohl nicht zu verkennende Form der Polioencephalitis gehandelt (Pupillen-, Nystagmus, Schlafstörung), bei der wir die auffällige Fettsucht wahrscheinlich mit den in den genannten Gebieten lokalisierten Störungen in Zusammenhang bringen dürfen. Erwähnt sei noch, daß die Temperatur der Kranken immer normal gewesen ist. Auch die Urinmenge, die lange gemessen worden ist, entsprach dem Durchschnitt. Zucker ist nie im Harn enthalten gewesen. Die Frage der Keimdrüsenstörung kann hier nicht geprüft werden, weil die Frau erst jenseits des klimakteriellen Alters erkrankt ist.

3. Rigor und Katalepsie. 23jähriges Mädchen. 1926 Encephalitis. Seitdem langsam zunehmender Parkinsonismus mit starkem Rigor. Seit einem Jahr schwere, langdauernde Schauanfälle. Während der Schauanfälle Kopfschmerzen und leichte Beeinträchtigung des Bewußtseins. Während der Dauer der Schauanfälle Katalepsie, die außerhalb dieser Zustände trotz starken Rigors nicht vorhanden ist. Beweis dafür, daß es verkehrt ist, Rigor und Katalepsie zu identifizieren. Interessant auch deshalb, weil man daraus entnehmen kann, daß zum Auftreten der kataleptischen Erscheinungen eine irgendwie geartete psychische Anomalie erforderlich sein muß.

4. Tuberöse Sklerose. 19jähriger Mann, der im Wachstum stark zurückgeblieben ist, seit Kindheit an Anfällen leidet und intellektuell etwa auf der Stufe eines 5—8jährigen Kindes steht. Er hat ein ausgemachtes Adenoma sebaceum. Die Mutter und eine Schwester haben ebenfalls ein ausgeprägtes Adenoma sebaceum im Gesicht, die Mutter außerdem noch Halsfibrome. Die Schwester ist minderbegabt, die Mutter ist ebenfalls schwachsinnig und hat in der Kindheit Krämpfe gehabt. Auch bei dem Vater der Mutter finden sich gehäufte Naevi und Fibromata colli. Eine andere Schwester des Probanden, die nicht untersucht ist, soll Krämpfe haben.

Spatz-München: Demonstration aus der makroskopischen Schausammlung des anatomischen Laboratoriums der Klinik.

An der Hand makroskopischer Objekte werden die Unterschiede zwischen Hirndefekten nach Kontusion und solchen arteriosklerotischer Genese dargelegt. Die Häufigkeit der traumatischen Defekte, die durch ihre Lage auf den Windungskuppen und durch die Bevorzugung bestimmter Bezirke der Hirnbasis gekennzeichnet sind, muß betont werden. Solche Defekte nach Hirnkontusion bilden oft einen Nebenbefund bei der Sektion älterer Individuen; sie werden dann vielfach nicht richtig beurteilt, sondern für arteriosklerotische Defekte gehalten.

Neben einer Arteriosklerose des Gehirns gibt es, wie bei der Niere, auch eine Arteriolosklerose des Gehirns, die, wie dort, zu dem Bilde einer »granulären Atrophie« führt. Dieses Bild ist wenig bekannt, aber durchaus nicht selten. Es kommt auch im Gefolge anderer Gefäßerkrankungen vor. Mikrokospisch findet man die »Plaques fibromyeliniques« von C. und O. Vogt.

3. Sitzung (14. VII. 29).

Wahlen: Für den Landesausschuß für Psychiatrie wird an Stelle der satzungsgemäß ausscheidenden Mitglieder Ast-Eglfing und Mayr-Eglfing in Vorschlag gebracht: Kolb-Erlangen bzw. Schuch-Erlangen. Die geheime schriftliche Wahl wird demnächst anberaumt werden. Rehm-Neufriedenheim verbleibt weiterhin als Mitglied.

Als Versammlungsort für die nächstjährige Tagung im Frühjahr 1930 werden auf eine Einladung der Herren Direktoren hin, die dankbar angenommen wird, die unterfränkischen Anstalten Werneck und Lohr nebst der Psychiatrischen Klinik Würzburg in Aussicht genommen.

Geschäftliches: *Weber*-Haar erstattet den Kassenbericht. Einnahmen: 878,69 M. Ausgaben: 181,87 M. Vermögensbestand in Bargeld: 696,82 M. Besitz in Pfandbriefen: 1 Pfandbrief über 100 GM. Die Abrechnung wird von Schwarz-Kutzenberg nachgeprüft und dem Kassierer Entlastung erteilt.

Jahresbeitrag: 3 M. Mitgliederzahl: 135.

2. Referat: *Utz*-Gabersee: Die Arbeitstherapie.

Das Thema nach allen Seiten hin auszuschöpfen, wäre in der zur Verfügung stehenden Zeit ein Ding der Unmöglichkeit. Es werden daher nur die jetzt eben im Brennpunkt des Interesses stehenden, sich an den Namen Simon knüpfenden anstaltstherapeutischen Bestrebungen einer zusammenfassenden und zugleich kritischen Besprechung unterzogen. Auch auf die zum Teil sehr interessanten wissenschaftlichen Anschauungen über Wesen und Wirkungsweise der Arbeitstherapie kann nicht näher eingegangen werden.

Daß die Arbeitstherapie etwas Uraltes ist, wurde schon oft hervorgehoben. Weniger bekannt dürfte sein, daß in der bayerischen Anstalt Gabersee schon in den 80er Jahren unter Bandorf fast 90% aller Kranken beschäftigt wurden, insbesondere auch die Frisch-Erkrankten und die Erregten, die tagsüber aufs Feld und an die sonstigen Arbeitsstätten geschickt wurden, während sie nachts in ihren Zellen lärmten.

Trotz der guten Erfahrungen, die man schon damals allenthalben mit der ausgedehnten Beschäftigung machte, trat sie in den 90er Jahren allmählich etwas in den Hintergrund, weil man sich anscheinend von der Bett- und Badebehandlung, die sich auf Neissers Anregung immer mehr Anhänger erwarb, noch weitergehende Erfolge versprach. Inwieweit diese Hoffnungen nicht in Erfüllung gingen, wird an der Hand von Äußerungen Neißers und Asts nachgewiesen und schließlich die Frage aufgeworfen, wie weit die Simonsche aktivere Therapie hier einen Fortschritt gebracht hat.

Die Methode wird als bekannt vorausgesetzt und nur betont, daß es ein Mißverständnis wäre, wenn man sie lediglich als eine gesteigerte Beschäftigungsbehandlung auffassen wollte. Nicht die intensive Beschäftigung der Kranken, sondern die gesteigerte Beschäftigung der Ärzte und Pfleger mit dem Kranken, d. h. ihre erzieherische Beeinflussung ist das Wesentliche.

Dadurch unterscheidet sich das Verfahren von der seit alters her gebräuchlichen Krankenbeschäftigung, die in der Hauptsache erst nach Abklingen des eigentlichen Krankheitsprozesses in Frage kommt, während Simon den äußeren Ablauf der Krankheitserscheinungen selbst durch er-

zieherische Mittel und Milieuwirkung zu beeinflussen sucht. Infolgedessen ist die Auswirkung der Simonschen Therapie auch eine völlig andere, viel weitergreifende als bei der hergebrachten Beschäftigung; sie übertrifft die kühnsten Erwartungen.

Für die praktische Durchführung lassen sich allgemein gültige Regeln im einzelnen nicht aufstellen, da die Methode ganz auf Individualbehandlung eingestellt ist und die Verschiedenheit des Krankenmaterials und des Anstaltscharakters ein ganz verschiedenes Vorgehen erfordern können. Der Leitgedanke muß einzig die erziehliche Förderung der Kranken sein im Rahmen eines die Heilung begünstigenden Milieus.

Auch die Beschäftigung dient im wesentlichen zur Beruhigung und Resozialisierung der Kranken. Auf die Prozentzahl der Beschäftigten kommt es also an sich nicht an; sie muß nur so groß sein, daß die genannten Wirkungen eintreten können.

Als Gegengewicht gegen die Beschäftigung dienen Kostzulagen, kleine Geldzuwendungen und Zerstreuung in den arbeitsfreien Zeiten. Bei den Kostzulagen muß es sich natürlich um wirkliche Zulagen zur vollen Normalkost handeln. Bei der Erholung sollte man den Kranken volle Freiheit lassen. Wie beim Gesunden auf die Pflicht der Arbeit die Freiheit der Ruhezeit folgt, so sollte man auch beim Kranken die Erziehung dosieren und sie nicht auf den ganzen Tag und die Feiertage ausdehnen.

Ein Nachteil der Methode ist es, daß sie in recht weitgehendem Maße von örtlichen und persönlichen Voraussetzungen abhängig ist, im Gegensatz zu der überall leicht anwendbaren Bett- und Badebehandlung. In großstädtischen Anstalten mit ihren Psychopathen usw. kann die vollkommene Durchführung des Regimes geradezu unmöglich werden. Die aktivere Therapie stellt ferner an die Persönlichkeiten von Arzt und Pfleger Anforderungen besonderer Art, wie sie bislang nicht unbedingt nötig waren. Eine Auswahl der richtigen Persönlichkeiten ist aber dem Anstaltsleiter nach Lage der Dinge nur in beschränktem Maße möglich und das ältere Personal findet sich in die Neuordnung begreiflicherweise zum Teil nur schwer.

Grundsätzliche Einwendungen werden anscheinend nirgends erhoben, gewarnt wird nur vor einer Übertreibung der Methode, die natürlich hier ebenso möglich ist, wie bei der Bett-Behandlung. In der Erreichung eines hohen Beschäftigungsprozentsatzes an sich eine Übertreibung zu erblicken, wäre jedoch irrtümlich. Er ergibt sich bei geeignetem Krankenmaterial im umgestelltem Milieu vielmehr ganz von selbst und ist daher als sinnfälliger Ausdruck des erreichten Erfolges nur erfreulich.

Gegen die Ausdehnung der Beschäftigung auf erregte oder reizbare Kranke wurde geltend gemacht, daß selbst harmlose Werkzeuge in den Händen solcher Kranken gefährlich werden könnten. Die praktische Erfahrung zeigt jedoch, daß die befürchteten erhöhten Gefahren nicht eintreten, daß im Gegenteil die Gewalttätigkeiten und selbstgefährlichen Handlungen sich vermindern, weil die von ihren Sinnestäuschungen und Wahnideen wohltuend abgelenkten, nicht mehr durch tödliche Langeweile und eine öde Umgebung gereizten Kranken viel weniger Anlaß zu solchen finden als früher. Einzelne Zwischenfälle, die schon immer bei der Beschäftigung vorgekommen sind und von den Gegnern ungebührlich aufgebauscht werden, ändern daran nichts. Schlimmen Zufällen ist durch eine

ausreichende Unfallfürsorge für Personal und Kranke zu begegnen. Verfehlt wäre es, wenn man den Anstalten zumuten wollte, die Unfallsfrage dadurch zu lösen oder besser gesagt: zu umgehen, indem man die Kranken nur noch mit Arbeiten beschäftigte, von denen man ganz sicher zu sein glaubt, daß sie mit keiner noch so entfernten Gefahr verbunden sind. Man müßte die Beschäftigungsmöglichkeiten in unerträglicher Weise beschneiden und wäre schließlich gegen unglückliche Zufälle doch nicht gefeit.

Das Hauptziel der neuen Therapie ist die möglichste Abkürzung des Anstaltsaufenthaltes. Die Frage, inwieweit es sich verwirklichen läßt, ist noch nicht auf breiter Basis statistisch in Angriff genommen worden. Berechnungen in der eigenen Anstalt (die Einzelheiten müssen im Original nachgelesen werden) scheinen im Sinne der Erwartung zu sprechen.

Mag das Ergebnis schließlich mehr oder weniger günstig ausfallen, für das Wohlbefinden unserer Kranken und den ganzen Anstaltsbetrieb bedeutet die »Milieutherapie«, wie Simon sie selbst einmal nennt, jedenfalls einen außerordentlichen, geradezu umwälzend wirkenden Fortschritt. Die Anstaltsbehandlung dürfte damit, solange nicht eigentliche Heilmittel gefunden sind, in ihrer Entwicklung vorerst abgeschlossen sein. Nun heißt es, dem Rufe Kolbs folgen und durch Ausbau der Fürsorge für die Entlassenen den Kranken so früh als nur möglich das wiedergeben, was ihnen die beste Anstalt vorenthalten muß: die Heimat und die Familie. (Ausführliche Veröffentlichung in der allg. Zeitschr. f. Psy. 92. Band).

Aussprache: *Schwarz*-Kutzenberg: Zwischen Simon und seinen Schülern ist der Unterschied, daß ersterer als Dogmatiker seines Systems Maximalleistungen zu erreichen hat und damit sein segensreiches System beweisen muß und bewiesen hat. Durch die Eigenheiten der verschiedenen Anstalten ergeben sich ohne weiteres Modifikationen. Es ist daher vor statistischen Rekordzahlen zu warnen; es ist im Auge zu behalten, daß die klinische und psychologische Arbeit am Kranken nicht leidet und das therapeutische System das psycholog. Bild nicht zu sehr zurücktreten läßt, auch ist in überfüllten Räumen die Entstehung der Tuberkulose im Auge zu behalten und den Kranken, die nicht auf dem Felde arbeiten können, freie Bewegung im Garten zu gestatten.

Die glücklichste Linie der therapeutischen Entwicklung ist die Kombination der Beschäftigungstherapie mit der Außenfürsorge. Die Beschäftigungstherapie erhält oder erreicht das sozial Anpaßbare des Kranken und ermöglicht die frühere Entlassung mit Wahrscheinlichkeit.

Kolb-Erlangen: dankt ausdrücklich *Utz* namens der Direktoren für die Durchführung der Gedanken *Simons* in einer bayerischen Anstalt und für sein gerecht abwägendes Referat. *Simon* ist Pionier eines neuen großen Gedankens; er mußte das äußerste anstreben, und er hat es unter Einsatz seiner ganzen Persönlichkeit erreicht, dafür schulden wir ihm wärmsten Dank. Die wenigen Opfer, die bei der Arbeitstherapie fallen, werden zehnmal aufgewogen durch die Leben, die wir durch die Arbeitstherapie erhalten.

Neben der wundervoll günstigen Auswertung auf die Anstalt, neben der Auswertung auf die Entlassungs- und Arbeitsfähigkeit der Kranken möchte ich besonders den Wert der Hebung des Verantwortungsgefühls durch die aktivere Therapie nach *Simon* betonen; der Kreis der strafrechtlich verantwortlichen Menschen wird zunehmend eingeschränkt; es

scheint besonders wertvoll, daß *Simon* auf die Rechte einer gewissen Verantwortlichkeit auch bei den Anstaltsinsassen hingewiesen hat.

Die größte Schwierigkeit, die der vollkommenen Entwicklung der Therapie nach *Simon* entgegensteht, ist vielfach die Überalterung des in anderen Anschauungen aufgewachsenen Pflegerpersonals.

Die Zahlen von *Utz* halte ich bei den stabilen Verhältnissen von Gabersee für durchaus zutreffend, ich warne aber vor solchen Aufstellungen in Anstalten, die solche stabile Verhältnisse nicht haben.

Bresler-Kreuzburg meint, daß es doch viele Psychosen gibt, denen man den ernsten pathologisch-anatomischen Prozeß nicht gleich ansieht oder geradezu ansieht, und daß man dabei an die schwer erkrankte Zelle oder die sterbende Zelle denken soll, welcher das funktionelle Moment der Beschäftigung aufgebürdet wird, das einen neuen unerwünschten Reiz darstellt. — Er empfiehlt als Anregung Ausstellung der Arbeitserzeugnisse und Prämiierung; ferner an Sonntagen Matinéen, bei denen geeignete Patienten fast nur selbst mitwirken mit Gesängen, Klavier, Geige usw., Vorlesung von Gedichten und Erzählungen, alles in würdiger, erhebender Form, nicht als Kitsch. Ferner empfiehlt er Gründung einer Ortsgruppe des Deutschen Vereins gegen den Alkoholismus durch Pfleglinge, wie er es in seiner Anstalt herbeigeführt hat. — Wenn bei der Beschäftigung das Gefahrenmoment für das Pflegepersonal überhaupt erwähnt wird, so ist das dabei nicht größer, sogar geringer als sonst in der Anstalt überhaupt und als auch für die Ärzte; in einer amerikanischen Anstalt ist kürzlich der Direktor von einem Kranken erschossen worden, aber nicht im Zusammenhang mit der Beschäftigungstherapie.

Kahn-München warnt vor der Gefahr, vom Standpunkt der Arbeitstherapie aus eine Art neuer Psychopathologie oder Psychiatrie aufzuzäumen. Er weist auf die Schwierigkeit des Problems der Erziehbarkeit hin.

Ast-Eglfing: Daß Referent betont hat, daß das Urteil über die Erfolge der Arbeitstherapie lediglich in einer einwandfreien Entlassungsstatistik zu fundieren ist, ist zu begrüßen. Ich kann ihm aber darin nicht ganz beistimmen, daß er die *von Schuckmann*sche Methode als hierzu geeignet betrachtet. *Von Sch.* meint, es sei gleichgültig, ob eine bestimmte Anzahl von Aufnahmen innerhalb eines kurzen oder langen Zeitraums der Statistik zugrunde gelegt würde. Dies ist m. E. unrichtig. Ob eine Anstalt für diese Anzahl nur kurze oder lange Berechnungszeiten braucht, darin drückt sich eben die Verschiedenheit der Zusammensetzung ihres Krankenmaterials aus. Die *Sch.'sche* Formel erfaßt also im wesentlichen letztere und ermöglicht deswegen keinen Vergleich der Anstalten untereinander im erstrebten Sinne. Aus demselben Grunde ist es ein Fehler, das *Sch.* den manisch-depressiven und schizophrenen Formenkreis noch unter einfacher Seelenstörung zusammenwirft. Gerade die verschiedenartige Zusammensetzung der Anstaltskrankenbestände in bezug auf diese Hauptgruppen dürfte an den mit dieser Formel etwa gewonnenen verschiedenen Resultaten beteiligt sein. Brauchbar ist die Formel nur für den Vergleich zwischen verschiedenen Zeitperioden ein und derselben Anstalt. — Die Ausführungen Herrn *Kahns* sind sehr am Platz; ich möchte sie dahin ergänzen, daß wir nicht vergessen dürfen, daß auch die Arbeitstherapie im wesentlichen noch eine grob empirische, nur die äußerlichen Symptome beeinflussende Massen- und Gruppenbehandlung ohne feinere individuelle

Indikationsstellung ist und daß über ihr die psycho-pathologische Vertiefung in den Einzelfall nicht aus dem Auge gelassen werden darf.

Schlußwort: *Utz*-Gabersee: Herr Schwarz betont mit Recht, daß man die Ignorierung der Krankheitssymptome nicht so weit treiben dürfe, daß die genaue Untersuchung des Kranken zu kurz kommt; das will auch *Simon* nicht. Der Gefahr der Tuberkulose wird am sichersten durch möglichste Beschäftigung im Freien vorgebeugt; bei uns sind die Erkrankungen an Tuberkulose seit Einführung der aktiveren Therapie erheblich zurückgegangen. Die Beschäftigung mit Scharpiezupfen wenden wir aus den von Herrn *Schwarz* angeführten Gründen fast nicht an; sie ist überhaupt nur ein Notbehelf.

Herrn *Kolb* stimme ich zu, wenn er darauf aufmerksam macht, daß die Gaberseer Entlassungsziffern nicht verallgemeinert werden dürfen. Der Wert unserer Ziffern liegt ja gerade darin, daß sie an einer Anstalt mit seit Jahrzehnten nahezu unveränderten Verhältnissen gewonnen sind.

Gegen die von Herrn *Bresler* empfohlene zeitweilige Nichtbeschäftigung von Kranken als Urlaubsersatz habe ich Bedenken. Insbesondere kann durch solche »Urlauber«, wenn sie zahlreicher werden, das Abteilungsmilieu ungünstig beeinflußt werden.

Die Befürchtung von Herrn *Kahn*, daß durch die neuen Bestrebungen ein Gegensatz zwischen klinischer und Anstaltspsychiatrie entstehen könnte, halte ich für unbegründet. Inwieweit alte Anstaltspsychopathen noch erziehbar sind, darüber fehlt mir eine hinreichende eigene Erfahrung. Mit den Psychopathen meiner eigenen Anstalt habe ich bisher keine ernstlichen Schwierigkeiten gehabt.

Herrn Ast ist beizupflichten, daß der *von Schuckmann*sche »Index« nur für Massenstatistiken und zu Vergleichen verschiedener Perioden innerhalb derselben Anstalten verwendbar ist. Das Arbeiten mit dem veralteten Begriff der »einfachen Seelenstörung« ist nicht zu vermeiden, wenn man Vergleiche mit früheren Zeiträumen anstellen will, da es die modernen Diagnosen damals noch nicht gab.

Die Diskussion hat erfreulicherweise einhellige Zustimmung zur aktiveren Therapie im Sinne *Simons* ergeben. Es ist dies sehr wertvoll angesichts der bedauerlichen Tatsache, daß die neuen therapeutischen Bestrebungen zum politischen Agitationsobjekt zu werden drohen, wogegen wir Ärzte uns geschlossen wenden müssen.

Faltlhauser-Erlangen: Die distriktspolizeiliche Einweisung der Trinker in Bayern.

Die distriktspolizeiliche Einweisung der Trinker in Bayern ist durch den Erlaß des Staatsministeriums des Innern vom 8. I. 26 geregelt. Nicht nur die Trinker, sondern auch die Heil- und Pflegeanstalten sind an den Auswirkungen des Erlasses aufs stärkste interessiert. Vier Fragen sind es hauptsächlich, die der Klärung bedürfen.

1. Ist die Anwendung des Art. 80 Abs. II des P.Str.G.B. auf die Trinker, wie der Erlaß es tut, auch vom Standpunkt des Psychiaters und nicht nur von dem des Verwaltungsjuristen berechtigt?

2. Wenn die Frage der Berechtigung der distriktspolizeilichen Einweisung der Trinker bejaht wird, ist die im Erlaß vorgesehene Einweisung

in die öffentlichen Heil- und Pflegeanstalten gerechtfertigt, oder wären die Trinker vielleicht besser in Spezialanstalten unterzubringen?

3. Wenn für bestimmte in Frage kommende Trinkerkategorien die öffentlichen Heil- und Pflegeanstalten der geeignete Ort für Verwahrung und Behandlung sind, besteht dann für die Anstalten nicht die Gefahr der Überlastung?

4. Wenn die Frage nach der Zweckmäßigkeit der Unterbringung in Spezialanstalten, wie wir sehen werden, für die Mehrzahl der verwahrungsbedürftigen Trinker verneint wird, welches ist dann vom Standpunkt der modernen Psychiatrie die geeignetste Behandlung dieser Trinker, welche Maßnahmen sind hierfür notwendig und unerläßlich?

Frage 1 läßt sich dahin beantworten, daß die Ansicht mancher Psychiater, der Art. 80/II P.Str.G.B. sei auf die Trinker nicht anwendbar, weil sie für ihre Handlungen verantwortlich, also nicht unzurechnungsfähig seien, nicht zutreffend ist. Der Erlaß selbst begegnet schon diesem Einwand. Er ist auch psychiatrisch unhaltbar. Zum mindesten ist bei Trinkern, bei denen der Alkoholismus auf dem Boden einer schweren psychopathischen Veranlagung entstanden ist, wenn sie unter Alkoholeinwirkung stehen, auch bei Anlegung des strengsten Maßstabes von einer oft recht erheblichen Einschränkung der Zurechnungsfähigkeit zu reden, in einzelnen Fällen unter Umständen von einer Aufhebung. Diesen Standpunkt teilen *Wlasak, Meggendörfer* usw. *Wlasak* sagt, daß für die Einweisung der Trinker nicht pseudomedizinische Indikationen, sondern die soziale Gemeingefährlichkeit maßgebend sei. Die soziale Gemeingefährlichkeit bildet auch die Grundlage verschiedener moderner Trinkerfürsorgegesetze, wie in St. Gallen und Zürich. Die Strafgesetze versagen bei der Trinkerbehandlung.

Frage 2. Die Frage, ob die Trinker in Heil- und Pflegeanstalten und nicht besser in Trinkerheilstätten unterzubringen sind, ist nicht generell mit einem »Ja« oder »Nein« zu beantworten. Es sind Unterscheidungen bezüglich der Art der Trinker notwendig. In die Heil- und Pflegeanstalten gehören unstreitig die Alkoholpsychosen und die psychopathisch stärker unterlegten Trinker mit sozialer Gemeingefährlichkeit. Bei ihnen ist die geistige Abnormität doch so groß, daß die isolierte Heilstätte nicht mehr die Mittel besitzt, ihre Behandlung durchzuführen. Die Anhäufung ausschließlich gleichartiger Elemente in einer Anstalt ist psychiatrisch bedenklich. Am besten sind Einrichtungen wie in Wittenau, Konstanz, Wien und Erlangen, wo neben der Anstalt eine eigene Trinkerheilstätte sich findet. Eigene Trinkerheilstätten sind außerdem zu kostspielig. Die Psychiater sollten übrigens nicht allzusehr die Auflösung der Anstalten in Spezialbetriebe befürworten, da dadurch die unheilvolle Zersplitterung der Irrenfürsorge, die eben überwunden zu werden beginnt, neuerdings gefördert wird. Und dies ist nicht im Interesse der offenen Fürsorge gelegen, die strengste Zusammenfassung erfordert, schon mit Rücksicht auf die psychische Hygiene.

Zu Frage 3. Von den leichtesten Fällen chronischer Trinker kommen, wie die Zahlen der Nürnberger Alkoholkrankenfürsorgestelle zeigen, relativ wenige in die Heil- und Pflegeanstalt. Von den schweren Trinkern können nach den Erfahrungen der offenen Fürsorge der Heil- und Pflegeanstalt Erlangen 77,5% allein durch Fürsorge sozial gehalten werden. In

Anstalten mit ländlichem Aufnahmegebiet spielen die Alkoholisten keine Rolle, obwohl der chronische Alkoholismus nach den Erfahrungen der offenen Fürsorge auch auf dem Lande ziemlich verbreitet ist. In den meisten Anstalten Bayerns, auch mit großstädtischem Material, sind die Zugänge an Alkoholisten gering, weil der Erlaß des Ministeriums nicht durchgeführt wird. Durchgeführt wird er im Aufnahmegebiet der Erlanger Anstalt. Die Aufnahmen der Erlanger Anstalt weisen in den Jahren 1926 mit 1928 77—96 Aufnahmen an Alkoholisten auf, darunter 59 bis 78 nach Art. 80/II Eingewiesene. Wie eine Anstalt mit großstädtischem Material durch die Trinker belastet werden kann, zeigt wiederum Erlangen. Die verfügbaren Männerplätze dieser Anstalt werden im ungünstigsten Falle bis zu 10% von den Alkoholisten eingenommen. Nach den Erlanger Erfahrungen ist mit einer weiteren Steigerung dieser Ziffer wohl nicht zu rechnen, wenn die Bekämpfung der Trunksucht weiterhin durchgeführt wird, und wenn andere notwendige Maßnahmen der Trinkerunterbringung noch ausgebaut werden. 66,5% der in der Erlanger Anstalt behandelten Trinker vermögen sich nach der Behandlung außerhalb der Anstalt sozial zu halten.

Zu Frage 4 ist zu sagen: Auch die Heil- und Pflegeanstalt ist nicht für alle Fälle des chronischen Alkoholismus der geeignete Ort der Verwahrung. Nach den Erlanger Erfahrungen gibt es einen gewissen Prozentsatz von Trinkern, die immer wieder entgleisen und unheilbar sind. Erlangen hat Fälle, die drei- bis zehnmal aufgenommen werden mußten. Bei den meisten von ihnen vermag auch die Anstalt nichts zu nützen. Mit diesen Fällen dürfen die Anstalten in Zukunft nicht weiter belastet werden. Diese Trinker gehören in geschlossene Trinkerheime als Adnexe eines Arbeitshauses oder schließlich in das Arbeitshaus selbst. Voraussetzung dieser Maßnahme ist, daß der Psychiater beim Vollzug der Verwahrung im Adnex und im Arbeitshaus mitwirkt. Jeder Einschaffung in den Adnex oder in das Arbeitshaus muß psychiatrische Beobachtung in einer Anstalt vorausgehen.

Zusammenfassend ist zu sagen: Die Trinkerversorgung muß stufenweise geschehen nach dem von *Kolb, Bratz, Roemer, Fischer, Thode* usw. vorgeschlagenem Stufenaufbau. (Ausführliche Veröffentlichung in der allg. Zeitschr. für Psy.)

Aussprache: *Kolb*-Erlangen: Die Anstaltsverpflegung der Alkoholisten ist ein Problem der größeren Städte. Kleinstadt und flaches Land sind toleranter gegen die Alkoholisten, die schwere körperliche Arbeit ist ein gewisses Korrektiv gegenüber dem Alkohol. In der Großstadt werden die Schäden des Alkohols gesteigert durch Arbeitslosigkeit und Wohnungsnot. Die sehr große Zahl der Erlanger Alkoholisten ist zurückzuführen auf die besonders energische Bekämpfung der Alkoholschäden durch Nürnberg, wo Gesundheitsamt und Wohlfahrtsamt unter ihren hervorragend tüchtigen Leitern *Dr. Plank* und *Dr. Marx,* beraten durch die ausgezeichnete Sachkenntnis des Herrn Kollegen *von Rad* und des Leiters der offenen Trinkerfürsorge *Dr. Mainzer,* wohl auch durch unseren lieben Kollegen *Faltlhauser*, besonders verdienstvoll tätig sind. 40 Plätze für Alkoholisten kann die Anstalt Erlangen frei machen, da wir aus dem Großstadtgebiet Nürnberg—Fürth—Erlangen — wohl dank unserer offenen Fürsorge — rund 200 Kranke weniger in der Anstalt haben, als wir nach

der Krankenzahl der Großstadt München haben müßten. Wir hoffen, diese 40 Plätze nicht immer zu brauchen. Ich hoffe, daß für die Fälle beginnender Trunksucht früher oder später eine offene Trinkerheilstätte in räumlichem und organisatorischem Anschluß an die Anstalt Erlangen entstehen wird, und ich hoffe, daß es gelingen wird, immer wieder rückfällige, tunlichst vorbestrafte Trinker, die durch die Behandlung in der Anstalt nachweisbar nicht mehr gebessert werden können, dem Arbeitshaus zuzuführen. § 361 Ziff. 5 des RStrGB. bietet eine durchaus genügende Handhabe, von der bisher nur wenig Gebrauch gemacht wird. Ich habe nun gegen einen Trinker, bei dem alle Voraussetzungen in vollkommener Weise zutreffen, der auch entmündigt und dessen Ehe geschieden ist, Antrag gemäß § 361 und 362 gestellt.

Die Frage, ob eine Nachahmung des Nürnberger Vorgehens allgemein in vollem Umfange sofort empfehlenswert ist, möchte ich zunächst verneinend beantworten, um die Anstalten, die durch die Durchführung der offenen Fürsorge und der aktiveren Therapie nach *Simon* gegenwärtig besonders belastet sind, durch die Zuführung zahlreicher Alkoholisten nicht zu überlasten. Die Anstalt Erlangen ist hier in einer glücklicheren Lage, da die Anfänge unserer offenen Fürsorge auf das Jahr 1912 zurückgehen.

Ferner ist es rätlich, daß wir den Erfolg meiner Bemühungen abwarten, geeignete, durch Irrenanstaltsbehandlung nicht mehr besserungsfähige Trinker dem Arbeitshause zuzuführen.

v. Hößlin-Ansbach: Wenn die Einweisung der Trinker auf Grund des Art. 80/II nicht nur eine polizeiliche Maßnahme sein soll, sondern auch einem therapeutischen Zweck dienen will, so erscheint es wünschenswert, schon im Einweisungsbeschluß eine Mindestfrist von etwa drei Monaten, im Wiederholungsfall von etwa sechs Monaten für die Anstaltsbehandlung zu normieren. Dadurch würde einerseits einer zu raschen Wiederentlassung der Trinker vorgebeugt, andererseits den Anstaltsdirektionen manche sehr unangenehme Auseinandersetzung mit den Trinkern selbst und vor allem mit deren Angehörigen erspart.

Kolb-Erlangen: (Erwiderung auf *v. Hößlin*-Ansbach). Dringend widerraten möchte ich dem Vorschlag *von Hößlin,* daß die einweisende Distriktspolizeibehörde die Dauer der Anstaltsverwahrung festsetzt; es würde zu sehr an die Strafanstalt erinnern, wenn die Distriktspolizeibehörde den chronischen Alkoholisten zu drei oder sechs Monaten Irrenanstalt förmlich verurteilen würde. Jedes Schema ist in der Psychiatrie besonders verhängnisvoll. Nur das Gutachten des Arztes kann unter Berücksichtigung aller inneren und äußeren Verhältnisse entscheiden, wann der Versuch einer probeweisen Entlassung möglich ist. Dabei werden wir, besonders bei Erstaufnahmen, menschlichen Gesichtspunkten öfter Rechnung tragen können und tragen müssen, als bei einer schematischen Festsetzung der Anstaltsverwahrungszeit möglich wäre; das ist besonders in Zeiten der Arbeitslosigkeit notwendig.

Wenn ich die von der Anstalt Erlangen gemachten Erfahrungen so stark in den Vordergrund rücke, so geschieht das deswegen, weil von allen Aufnahmen wegen Alkoholismus in bayerische psychiatrische Kliniken, Abteilungen an Krankenhäusern, Heil- und Pflegeanstalten, fast die Hälfte in das Krankenhaus Nürnberg und von allen Aufnahmen wegen Alkoholis-

mus in bayerische Heil- und Pflegeanstalten mehr als ein Drittel in die Heil- und Pflegeanstalt Erlangen erfolgt.

Schlußwort: *Faltlhauser*-Erlangen: erwidert Herrn *v. Hösslin*, daß seine üble Erfahrung, die er von Seite von Trinkerangehörigen in Form verbaler und versuchter tätlicher Beleidigungen gemacht hat, wohl bloß Ausnahme ist. Die reichen Erlanger Erfahrungen weisen solche Fälle nicht auf. Arbeitslosigkeit ist wohl in vielen Fällen exogene Ursache des chronischen Alkoholismus, aber in vielen Fällen ist es gerade der höhere Verdienst, der zum Trinken anreizt. Schniegling war ursprünglich nicht für Trinkerbehandlung gedacht, es ist nur Notbehelf. Daß dort Trinker nach Art. 80/II verwahrt werden, ist eine Maßnahme, die von den Verwaltungsbehörden eingeführt wurde. Über die Behandlung der Alkoholiker in den Anstalten wurde nicht gesprochen, weil sie nicht zum Thema gehört.

Schuch-Erlangen: Die offene Fürsorge in Fürth als Beispiel der Entwicklung der offenen Fürsorge in einer Mittelstadt:

Die Fürther Fürsorge hat sich nach Unterbrechung der ersten Anfänge (1912) durch den Krieg rasch entwickelt. 1919 wurde eine stationäre Fürsorgestelle errichtet und mit einer dem Anstaltsdienst entnommenen Pflegerin besetzt. Seit 1921 ist ein Fürsorgearzt der Anstalt einen ganzen Wochentag (seit Herbst 1928 $1^1/_2$ Tage) dort tätig. Ende 1928 standen bei einer Einwohnerzahl von ca. 80000 in Fürsorge 537 Personen (0,68%), 344 männl., 193 weibl., davon 272 anstaltsentlassen, 191 zugewiesen durch Behörden u. a., 74 freiwillig in Fürsorge zugegangen. Unter den Befürsorgten befanden sich u. a. 91 Schizophrene, 57 Manisch-Depressive, 8 Paralytiker, 33 Epileptiker, 122 Psychopathen, 124 Alkoholiker. Im Jahre 1928 wurden 1258 Besuche durch den Arzt, 4000 Krankenbesuche und Dienstgänge durch die Fürsorgepflegerin gemacht. Die Mittelstadt erwies sich als sehr geeigneter Boden für die Entwicklung der offenen Fürsorge. Vor allem wirkt der Umstand günstig, daß gegenüber der Großstadt das Fürsorgegebiet größte Übersichtsmöglichkeit bietet, Ämter und Behörden noch vollständig konzentriert sind, der Kreis der Amts- und Privatpersonen, mit denen ein Zusammenwirken notwendig ist, relativ beschränkt und damit die Zusammenarbeit unter Schaffung persönlicher Beziehungen besonders intensiv ist. Andererseits ist gegenüber der Kleinstadt und dem Landgebiet der Kreis der Befürsorgten immerhin ein so großer, daß die Besuche des Fürsorgearztes sehr regelmäßig, in Fürth zweimal in der Woche an einem ganzen und einem halben Tage, erfolgen können.

Besonders enge Beziehungen bestehen mit dem städtischen Gesundheitsamt, dessen Vorstand bei jedem Besuch aufgesucht wird. Der Fürsorgearzt ist praktisch zum ständigen fachärztlichen Berater in allen psychiatrischen- und Grenzfragen geworden, wobei besonders die Trinker- und Psychopathenfürsorge im Vordergrund steht. Nicht soll dabei in die Kompetenzen des Bezirksarztes eingegriffen werden, dem natürlich vor allem in Fragen der Einweisung wegen Gemeingefährlichkeit die letzte Entscheidung zusteht. Er bedient sich aber der Mitwirkung des Fürsorgearztes in Gestalt fachärztlichen Rates dabei gerne. Ebenso wird ihm durch diesen ein großer Teil seiner Amtsaufgabe der Überwachung der Geistes-

kranken abgenommen, die effektiv zu leisten praktisch zur Unmöglichkeit geworden ist.

Auch mit den übrigen Ämtern und Behörden, Krankenhaus und praktischen Ärzten bestehen vielfache Beziehungen, die der Vortragende einzeln ausführte.

Karitative und städtische Heime und Versorgungshäuser werden fachärztlich beraten und nehmen manchen Kranken aus der Fürsorge oder Anstalt vorübergehend oder dauernd auf.

Das persönliche Einvernehmen zwischen Richter und Fürsorgearzt erweist sich für beide Teile als nützlich und angenehm. Besonders kommen in Betracht die Amtsgerichte in Sachen der Pflegschaft, Entmündigung und kleineren Strafsachen. In persönlicher Aussprache, in Rede und Gegenrede läßt sich häufig ein viel zutreffenderes Bild über den Geisteszustand und dessen zweckmäßige und notwendige Berücksichtigung geben als im herkömmlichen schriftlichen oder mündlichen Gutachten oder doch eine erwünschte Ergänzung. Ein starkes Individualisieren ist möglich z. B. im Entmündigungsverfahren (Beschleunigung der Aufstellung eines vorläufigen Vormundes, Aussetzung der Beschlußfassung oder vorübergehende Einstellung des Verfahrens besonders bei Trinkern auf Wohlverhalten, Ergänzung des Beweismaterials durch die Beobachtungen und Erhebungen der Fürsorge, Vorschlag oder Wechsel des Vormundes, Frage der Bewährungsfrist, des Strafaufschubs, der Strafaussetzung u. a. m.). In Strafsachen wird sich besonders bei immer wieder rückfälligen Psychopathen die förmliche zeitraubende und kostspielige Gutachtertätigkeit auf diese Weise weitgehend ersetzen lassen.

Bei entsprechendem Vorgehen ist es durchaus möglich, die einschlägigen städtischen Behörden durch praktische Arbeit von dem Wert und dem Nutzen der Einrichtung — auch für die Kommune — zu überzeugen und in dem zur Erreichung unserer Ziele notwendigen Umfang den Zwecken der Fürsorge nutzbar zu machen. Auf diese Weise lassen sich die Vorteile der von der Kommune ausgehenden Form der offenen Fürsorge (*Wendenburg*) und der von der Anstalt aus betriebenen vereinigen.

(Der Vortrag erscheint im »Handwörterbuch der psychischen Hygiene« unter »32 Psychiatrische Fürsorge g, Offene Psychiatrische Fürsorge von der Anstalt aus in der Mittelstadt«.) —

Zum Schlusse der Tagung demonstrieren die Herren *Kahn*-München und Spatz-München noch einige Fälle von Pickscher Atrophie und von Alzheimerscher Krankheit. *Weber*-Haar.

Bericht über die gemeinsame Tagung des Vereins Schweizer Psychiater und der südwestdeutschen Vereinigung für Psychiatrie in Basel am 25. und 26. Oktober 1929.

1. Sitzung: Vorsitzender: Prof. *Hoche*-Freiburg. Nach einleitenden Begrüßungsansprachen der Vorsitzenden der beiden Vereinigungen erstatteten die Berichterstatter ihre Darlegungen über: Primäre und sekundäre Symptome der Schizophrenie.

Bleuler (Zollikon bei Zürich) führte aus: Primär nennen wir alle nicht irgendwie ableitbaren Krankheitserscheinungen, sekundär alle die, welche Folgewirkungen der primären, Anpassungserscheinungen an dieselben und Kompensationsversuche darstellen. Primär sind bei der Schizophrenie: die Assoziationsstörung, vielleicht ein Teil der Affektstörungen, ein Teil der Störungen des Empfindens. Beispiele sekundärer, teilweise kompensatorischer Symptome sind: Autismus, Projektion in die Außenwelt, Wahn. Man darf die Trennung nicht zu scharf vornehmen. Am Autismus z. B. können Anlage, Alter, Gemütsveränderung, Minderwertigkeitsgefühle, Verfolgungswahn mitwirken. Autismus hat also vielfache primäre und sekundäre Wurzeln. Nicht alle Primärsymptome sind spezifisch schizophren. Nichtspezifische sind: Zittern, Pupillenstörungen, Kopfweh, vegetative Störungen. Die Verhältnisse sind fast überall ziemlich verwickelt. Viele Erscheinungen können sowohl primär als sekundär, oder bald das eine oder das andere sein. So sind Anfälle entweder primär (Folge vasomotorischer Schwankungen) oder sekundär (psychogene Anfälle). Da oft eine Anfallsanlage besteht, ist die Anfallsentstehung meist vielfältig bedingt. Nach *Bleuler* liegen bei den verschiedenen Erscheinungen folgende Zusammenhänge vor:

Die Halluzinationen entspringen zerebralen Reizzuständen, werden inhaltlich durch Gemütsveränderungen bestimmt; die inhaltliche Deutung der bei Reizhalluzinationen gewöhnlich ziemlich umgestalteten Erlebnisse wird durch Komplexe bedingt. Derart elementare Reizhalluzinationen sind gewöhnlich Zeichen fortschreitender Verläufe. Halluzinationen können aber auch ideagen entstehen (Reflexhalluzinationen), allgemein gilt aber: primär ist nur der Reizvorgang, die Halluzination selbst entsteht daraus erst im Zusammenwirken mit der Denkstörung. Verbigerationen sind primäre, Stereotypien oft sekundäre Symptome, Sperrungen sind in frühen Verlaufsabschnitten primäre, in den Endzuständen sekundäre, durch Komplexe bedingte Erscheinungen.

Die primäre Schaltschwäche der Assoziationen führt sekundär »thymopsychisch« zu Launenhaftigkeit, »noopsychisch« zur Verwirrtheit. Das Gedächtnis bleibt dabei ungestört. Sekundär können Hypermnesien oder bei überwiegender Gemütsveränderung Amnesien die Folge sein. Es gibt aber gegenüber den sekundären Amnesien infolge Komplexwirkungen auch primäre im Gefolge schizophrener Dämmerungszustände.

Sehr wesentlich sind die sekundären Erscheinungen des »Überbaus« über die primären Symptome. So ist der Wahn des Schizophrenen eine Reaktion auf die falsch verstandene Umwelt, deren Wahrnehmung übrigens ungestört ist. Ähnlichen Bedingungen entspringt bei entsprechender Anlage der Autismus. Die Ambivalenz ist Folge des Autismus. Bei den Willensstörungen ist die Trennung primärer und sekundärer Erscheinungen besonders schwer. *B.* redet daher nur von Zusammenhängen überhaupt: Abulie hängt meist mit Affektschwäche, Hyperbulie mit den Störungen des Trieblebens, besonders mit dessen Uneinheitlichkeit oder der hohen Reizbarkeit einzelner Triebrichtungen zusammen. Willensstörungen sind besonders oft auch komplexbedingt.

Als zweiter Berichterstatter sprach *Mayer-Groß* (Heidelberg).

Für die Unterscheidung verschiedenwertiger Bestandteile des schizophrenen Syndroms bieten sich mehrere Gesichtspunkte dar: organisch-

funktionell; primär-sekundär; verstehbar-unverstehbar usw. An Stelle einer unzweckmäßigen Gruppierung unter verschiedenen Gesichtspunkten nebeneinander ist es besser, die Verwicklung der verschiedenen tatsächlichen Abläufe und Bedingungen bei Aufzeigung des spezifisch schizophrenen am Gesamtgeschehen herauszustellen. Die Forderungen an ein ideales Primärsymptom sind folgende: 1. Spezifität. 2. Konstanz und Unabhängigkeit von äußeren Einflüssen. 3. Ungeformtheit. 4. Defektcharakter. 5. Erklärungswert für alle sekundären Erscheinungen.

Bei der Schizophrenie macht die Variabilität aller Symptome der Bestimmung der Gesetzlichkeiten im Zusammenhang der Erscheinungen größte Schwierigkeiten. Die theoretisch-psychologischen Konstruktionen des Zusammenhangs (*Berze, Kräpelin, Stransky*) lehnt M.-G. ab, ebenso die psychoanalytischen Versuche. Ausgehen muß man vielmehr von der Beschreibung des Charakteristischen der schizophrenen Denkstörung inhaltsarmer Fälle, wie sie von *Beringer* und *Carl Schneider*-Arnsdorf gegeben wurde. Über der Denkstörung wirkt sich, da ein Materialmangel des Denkens nicht eintritt, die Tendenz zur Sinngestaltung aus: So entstehen Erinnerungskult, Sektiererei, verschrobene Philosopheme, eigenartige Gesamthaltungen. Besonders wichtig ist die Aktverarmung der Endzustände, welche vornehmlich die Ausgestaltung und Weiterbildung der Wahnsysteme zu beeinflussen geeignet ist. Alle diese Einflüsse wirken aber auf die Ausprägung der primären Störung zurück, welche daher — wie bei anderen Psychosen, z. B. Aphasie, Amnesien — auch bei der Schizophrenie vom Seelischen her erst in ihrer näheren Gestaltung bestimmt wird. In jedem Falle kommt es daher zu einem Wechselspiel von Primärsymptom und seelischen Zusammenhängen.

Von den Idealforderungen an ein Primärsymptom müssen infolgedessen nicht unerhebliche Abstriche gemacht werden. Bei der Schizophrenie kann man drei Primärsymptome unterscheiden: Die Denkstörung, die Störung der Affektivität und die psychomotorische Störung. Diese treten unabhängig von einander auf. Es besteht auch keine Parallelität zwischen subjektiver Erfahrung der Kranken und ihrem Verhalten. Die Halluzinationen sind aus der Denkstörung nicht ableitbar, an ihren Inhalten aber prägt sich öfter die Denkstörung aus. Die primäre Affektstörung äußert sich in Störungen der Sympathiegefühle oder in einem Übermaß an Gefühlsempfindlichkeit. Über die Stumpfheit sind die Akten noch nicht geschlossen.

Sehr verwickelt sind die Zusammenhänge beim Wahn. Er baut sich oft auf aus Wahrnehmungsstörungen oder Sinnestäuschungen; die Denkstörung arbeitet vor, indem sie die Unsicherheit des Urteils schafft, indem sie die Selbstunsicherheit fördert, sie gibt Anlaß zu Minderwertigkeitsgefühlen und schlechtem Gewissen. Dies wirkt im Verein mit der Störung der Sympathiegefühle und dem Verlust der Ansprechbarkeit auf das Verhalten der Umgebung im Sinne einer Begünstigung der Annahme feindseliger Handlungen der Umwelt. Zumal affektive Tönungen schaffen dann das, was als Wahnstimmung bezeichnet worden ist. Noch immer ist aber dieser Zustand diskutierbar für den Kranken, zur endgültigen Fixierung des Wahns muß erst das eigenartige wahnbildende »Symbolbewußtsein« treten. Erst dieses schafft die Fremdartigkeit selbst alltäglicher, inhaltsleerer Eindrücke und damit das Kennzeichnende des schizophrenen Wahns.

Den beiden Berichten folgten zunächst die Vorträge zum Berichtsgegenstand.

Ewald-Erlangen sprach von Schwierigkeiten, welche dadurch entstehen, daß die Begriffe »Schizophrenie« in der neuzeitlichen psychopathologischen Bestimmung und »Dementia präcox« in dem alten Sinn sich nicht mehr decken, wies auf die schizophrenieähnlichen Bildner nach Infektionsbehandlung der Paralyse hin, denen gegenüber die psychopathologische Unterscheidung versage. Hier bleibe als gegenwärtig zu wenig erforschtes Merkmal das des Verlaufes wichtig.

Fischer-Wiesloch zeigte, daß das Zeiterleben der Schizophrenen in mannigfacher Weise gestört sein kann. Die Setzung zeitlicher Grenzen könne unmöglich werden, das Zeiterleben kann sich aus zeitfremden Größen (Bewegungen) aufbauen, es könne zu einem »Zeitzerfall« kommen, besonders aus einem Auseinanderfallen von Ich-Zeit und Welt-Zeit. Andererseits könne der Zeitfaktor in eigenartiger Weise die Veranschaulichung innerer Ichzustände übernehmen.

Gruhle-Heidelberg wies auf die Notwendigkeit genauer Formulierungen bei psychologischen und psychopathologischen Untersuchungen hin. Sekundär heißt das im seelischen Gesamtgeschehen ableitbare, welches wieder entweder kausal oder verstehbar ableitbar sein kann. Sekundär kann auch bedeuten die Reaktion der Persönlichkeit auf die Symptome. Beim Schizophrenen handelt es sich aber vielleicht überhaupt um eine Änderung im Gesamtzustand des Seelischen. Dann verliert die Unterscheidung von primären und sekundären Erscheinungen ihren eigentlichen Sinn.

Kleist-Frankfurt a. M. analogisiert das Denken der Schizophrenen mit zwei neuropathologisch unterscheidbaren Syndromen Gehirnkranker: 1. dem Stirnhirnsyndrom des Versagens der kombinatorischen Einheitsbildung aus gegebenen Einzelheiten und 2. dem Schläfenlappensyndrom der verbalen Paralogie. Beide Syndrome kommen in gleicher Weise bei Herderkrankungen des Gehirns vor.

Kesselring-Hohenegg betonte die Bedeutung neurotisierender Kindheitserlebnisse für die Charakterentwicklung der Schizophrenen. Er schloß daraus auf eine ätiologische Bedeutung derselben für den Ausbruch der Krankheit selbst (?). (Der Vortrag erscheint in der Allg. Z. f. Psy.)

2. Sitzung: Vorsitzender: Prof. *Gaupp*-Tübingen. Außer einer Reihe französisch gehaltener Vorträge, denen der Ref. nicht folgen konnte, sprachen

Storch über die Daseinsweise des schizophrenen Bewußtseins, teilweise beeinflußt von philosophischen Anschauungen *Heidegger*s und

Mauz, welcher die verschiedenen Möglichkeiten untersuchte, in denen Schizophrene in der Remission sich zu psychotischem Erleben stellen. *M.* unterscheidet Abkapselung, fixierte Einstellungen, doppelte Schaltungen zwischen psychotischer und wirklicher Umwelt.

Im Schlußwort betonte *Bleuler* überraschenderweise, daß er sich im Laufe der Zeit, entgegen früheren Ansichten, immer mehr von der Einheitlichkeit der Schizophrenie habe überzeugen müssen und daß es wohl gelingen werde, die bloß schizophrenieähnlichen Bilder von den echt schizophrenen aus psychopathologischen Merkmalen zu unterscheiden. Auch *Mayer-Groß* betonte die Unentbehrlichkeit psychopathologischer Durchdringung der seelischen Krankheitszeichen.

3. Sitzung am 27. 10. 1929. Vorsitzender: Prof. *Wilmanns*-Heidelberg. Anatomische Demonstrationsvorträge von *Alexander, Beck* und *Spatz.*

Stähelin schildert einen Fall von Schizophrenie mit hereditärer Belastung hinsichtlich der Funktion der subkortikalen Zentren.

Friedemann zeigte Kurven über die verschiedene Wirkungsdauer und Wirkungsschnelligkeit verschiedener Schlafmittel.

Christoffel sprach über einige Wunderheilungen, welche im Mittelalter im Orte Gheel beobachtet worden sind. Es handelt sich um Hysterien.

Hoche besprach, in etwas sarkastischer Weise auf die Zeitumstände Bezug nehmend, die Psychologie des Rechtsgefühls. Seinen Aufstellungen wurde teilweise recht lebhaft widersprochen.

Hoffmann betonte die Bedeutung der Bewegungsvorstellungen, welche bei vielen Gefühlen mitgegeben sind, und teilweise sprachlichen Niederschlag gefunden haben (z. B. Hingerissensein!). Er faßt diese Erlebnisse zusammen unter dem Begriff der virtuellen Motorik.

Eliasberg sprach über psychologische Grundlagen der Aphasielehre.

Von großer Bedeutung war die Darlegung *Beringers* über einen Fall von Alexie. Bei diesem zeigte sich, daß der Leseausfall durch Beanspruchung des Gesichtsfelds infolge Ermüdung rasch gesteigert werden konnte (auch chronaximetrisch nachweisbar) und daß andererseits die Leseleistungen viel besser wurden, wenn die Patientin Sinnhilfen an die Hand bekam, etwa derart, daß man ihr den Oberbegriff zu lesender Wortreihen bekannt gab. Der Ausfall hing also in seinem Ausmaß sowohl von physiologischen als psychologischen Bedingungen weitgehend ab.

Ein vom Baseler Regierungsrat gegebenes Bankett vereinigte am 26. 10. abends die Teilnehmer.

Berichterstatter: *Carl Schneider*-Arnsdorf.

Kleinere Mitteilungen.

Der sechste Band von Bumkes Handbuch der Geisteskrankheiten enthält ausgezeichnete Abhandlungen von *Johannes Lange* über die endogenen und reaktiven Gemütserkrankungen und die manisch-depressive Konstitution, und von *F. Kehrer* über paranoische Zustände.

J. Lange führt aus, daß das manisch-depressive Irresein in erster Linie ein erbliches Leiden ist. Wahrscheinlich handelt es sich um ein erblich sehr kompliziertes, nicht einem einfachen Erbgang folgendes Gebilde; Manie und Melancholie sind erblich nicht zu trennen. Vielfach ist der Manifestationstermin anlagegemäß festgelegt. Verwandtschaftliche Beziehungen bestehen nicht nur zu gewissen abnormen Stimmungsveranlagungen, sondern auch zu andersartigen periodisch verlaufenden Störungen und zu gewissen Stoffwechselleiden. In der persönlichen Vorgeschichte und in der Familie der M.-D. finden sich alle die Krankheitsformen häufiger, die mit dem habitus arthriticus in Verbindung gebracht werden: Gicht, Fettsucht, Diabetes und Rheumatismus, dagegen selten Tuberkulose. Eine gewisse konstellative Beeinflußbarkeit durch Einwirkungen, welche tiefgreifende Umwandlungen im Körperhaushalt hervorrufen oder aber das Gehirn grob in Mitleidenschaft ziehen, ist nicht von der Hand zu weisen und von Bedeutung für den zeitlichen Ausbruch der einzelnen Phasen. Zuweilen sind auch schwerwiegende seelische Erlebniswirkungen mit ihren Folgen von Einfluß. Grobe Hirnschädigungen und andere äußere Einwirkungen bestimmen in einzelnen Fällen darüber, ob es überhaupt zum Ausbruch des m.-d. I. kommt; die wesentlichen Voraussetzungen müssen allerdings schon anlagegemäß gegeben sein. Ferner sind von Bedeutung die kritischen Zeiten, die gern zu m.-d. Phasen führen, sowie solche, die den Gesamtstoffwechsel vor entscheidend neue Aufgaben stellen: Pubertät, Schwangerschaft, Wochenbett, Klimakterium, auch schwere Infektion. Ätiologisch wichtig sind ferner die Nacht und die biologischen Jahreszeiten. Von Interesse ist, daß alles das, was die m.-d. Psychose auslösen kann, ihr auch ein unvermutliches Ende zu setzen vermag. M.-D. haben in einem wesentlich höheren Prozentsatz reinen pyknischen Körperbau als Schizophrene und als die Durchschnittsbevölkerung; dies bezieht sich nicht auf eine bestimmte Rasse, es gilt nicht nur für Deutschland, sondern ebenso für andere europäische Länder und auch für fremde Rassen. Eine erhöhte Neigung der M.-D. zur Arteriosklerose besteht, Apoplexie ist ferner in den Familien der M.-D. häufiger, als es dem Durchschnitt der Geisteskranken entspricht; dies soll übrigens auch vom Karzinom gelten. Der Stoffwechsel ist mindestens in

der Melancholie herabgesetzt. Hierfür sprechen auch die eigenartigen Schlafkurven, vielleicht auch die Präkordialsensation (Sauerstoffhunger). Bei der Manie finden sich hauptsächlich in der Schilddrüse, bei der Melancholie möglicherweise in der Leber Störungen (Abderhaldensches Verfahren). Interessanterweise werden gelegentlich beim Umschlag von Melancholie in Manie tetanische Anfälle beobachtet. Häufig sistieren in den akuten Phasen die Menses. Bei Manie, übrigens auch bei involutiven Depressionszuständen, besteht während der Menses erhöhte Erregung. Die libido läßt bei vielen melancholischen Männern nach, während manische Männer und Frauen oft in peinlicher Weise erhöhte sexuelle Ansprechbarkeit bekunden; letzteres kommt aber auch bei Depressionszuständen im höheren Lebensalter vor. Phänomenologisch sind die Vitalgefühle besonders gestört. Auch außerhalb ihrer Psychose findet sich bei M.-D. Stimmungslabilität; *Kraepelin* unterschied hier depressive, manische, reizbare und kyklothyme Veranlagung; ungewöhnlich leicht sprechen diese Persönlichkeiten auf traurige oder heitere Stimmungen an. *Kretschmer* hat diese prämorbide seelische Wesensart als »diabetische Proportion« bezeichnet und drei Temperamentskalen ausgerechnet: 1. gesellig, gutherzig, freundlich, gemütlich, 2. heiter, humoristisch, lebhaft, hitzig, 3. still, ruhig, schwernehmend, weich. Die prämorbide Persönlichkeit späterer Zirkulärer zeigt nicht selten Abweichung der Stimmung und des seelischen Tempos vom Durchschnitt. Charakteristisch für die m.-d. Konstitution ist eine reizadäquate, völlig elastische Ansprechbarkeit auf seelische Reize aller Art — nicht nur der Affektivität, auch des Psychomotoriums und der Neopsyche. Immer und immer wieder findet sich bei den M.-D. das Beieinander und Durcheinander von heiteren und schwerblütigen Stimmungselementen. Wenngleich die Stimmungsveränderung klinisch am meisten auffällt, ist doch das gesamte Seelenleben in Mitleidenschaft gezogen: in der Melancholie überwiegt die allgemeine Hemmung, in der Manie die Erregung. Zahlreiche seelische Erscheinungen sind charakterologisch bedingte Ausgestaltungen weniger letzter seelischer Grundtatsachen; daher erscheinen normal-psychologische Deutungen weithin möglich. Dennoch spielt sich das krankhafte Geschehen ohne ersichtliche Veränderung der Persönlichkeit ab. Von grundsätzlicher klinischer Bedeutung ist die außerordentliche Anregbarkeit, d. h. der fortschreitende und in beiden Phasen im Vergleich zum Habitualzustand pathologisch starke Abbau von Hemmungen unter dem Einfluß der Funktion. Von Interesse ist, daß die ausgesprochensten Vertreter zykloider Wesensart verhältnismäßig spät erkranken.

Den größten Teil der *J. Lange*schen Abhandlung nehmen die glänzenden klinischen Darstellungen der Melancholie, der Manie, der reaktiven Formen, der schweren Formen, der Misch- und der Grundzustände in Anspruch. Sehr wichtig ist die Darstellung der atypischen Gestaltungen, insbesondere der Berührungen und Überschneidungen mit anderen Formenkreisen exogener Labilität, exogenen Vergiftungen, Verbindung endogener und exogener Momente, hysterischem, anankastischem, paranoischem, epileptischem und schizophrenem Kreis. Verlauf und Ausgänge werden eingehend behandelt: zwei Typen von Verlaufsweisen fallen auf: zirkuläre, die nur vereinzelt an schweren Phasen erkranken, und solche, die dauernd zwischen meist leichten manischen und melancholischen Zeiten wechseln (hier fallen die Manien gern in den Sommer, die Melancholien gern in

den Winter). Die durchschnittliche Dauer typischer Phasen beträgt etwa 1/2 Jahr. Unter den Fällen zirkulärer Krankheitsbildung herrschen melancholische Syndrome vor. M.-d. Erkrankungen führen nicht zum Schwachsinn, die einzelnen Phasen heilen grundsätzlich ab, doch das Überstehen von mehreren Einzelanfällen bringt eine zunehmende gleichsinnige Störbarkeit mit sich. Im späteren Verlauf, besonders im höheren Alter, kommt es oft zu verwaschenen Bildern. Vereinzelt entstehen chronische manische und melancholische Erkrankungen; auch noch nach sehr langen Jahren kann man hier Heilungen ohne Defekt sehen. — Besonders interessant ist die Schilderung, welche *J. Lange, L. Adler* folgend, dem Parallelismus zwischen Phasen der Zirkulären und dem Winterschlaf mancher Säugetiere widmet. Ähnlich wie beim Winterschlaf werden beim m.-d. I. Wirkungen zentralster Mechanismen angenommen, die den gesamten Zellstoffwechsel abändern. Man denkt daran, daß m.-d. Vorgänge pathologisch verzerrte Äußerungen ursprünglicher, in der Stammgeschichte sinnvoller Einrichtungen bilden, und daß entfernte Beziehungen zum Winterschlaf bestehen. Innersekretorische Vorgänge sind offenbar für die m.-d. Störungen nicht primär verantwortlich, vielmehr wird eine ganz zentral gesteuerte Störung angenommen, deren Substrat im Gehirn zu suchen ist.

Uns Praktiker interessiert natürlich u. a. besonders der therapeutische Abschnitt der *J. Lange*schen Arbeit. Auch stärkste kombinierte homonale Einwirkungen versagen therapeutisch, soweit nicht bloß einzelne Symptome in Betracht kommen. Versuche, Anfällen durch medikamentöse Einwirkungen, wie große Bromgaben, Atropin u. dgl. vorzubeugen, haben sich nicht bewährt. Bei Melancholischen ist immer noch das beste Mittel zur Bekämpfung der Angst Tinktura Opii simplex von dreimal 10 Tropfen ansteigend bis dreimal 40 Tropfen; das Opium wirkt bei der Melancholie meist geradezu spezifisch symptomatisch. Nie soll man einen Kranken entlassen, der noch Opium bekommt. Da Opium aber kein Schlafmittel ist — wenn man es bei starker Beängstigung evtl. auch nachts geben muß — soll man bei Schlaflosigkeit die letzte Tagesgabe früher verabreichen und mit einem leichten Schlafmittel nachhelfen, z. B. mit Paraldehyd. Braucht man am Tag kein Schlafmittel, so kann man abends auch eines der gewöhnlichen Hypnotika mit einem Opiat geben z. B. mit Codein. In einer Zeit, in der man von den Dauerbädern sehr zurückgekommen ist, ist daran zu erinnern, daß von Melancholischen protrahierte warme Bäder oft recht angenehm empfunden werden. Bei quälender Obstipation bewährten sich Stranskys Pillen von Rhabarber und Opium-Extrakt, nicht zu häufige Einläufe, 1—2 Eßlöffel Paraffinum liquidum. Maßvolle psycho-therapeutische Beeinflussung ist bei Melancholischen angezeigt, für religiöse Kranke auch verständnisvolle Seelsorge. Oft wirkt es für Kranke mit Wahnideen wohltätig, wenn man sie sich ausreden läßt. In der Rekonvaleszenz ist mechanische Beschäftigung auch bei Melancholischen angezeigt. Während die meisten melancholischen Kranken schon wegen ihrer großen Suizidgefahr in die geschlossene Anstalt gehören, soll man Kranke mit ganz leichter Manie nach Möglichkeit in der Freiheit halten, wenn nicht soziale oder alkoholische oder sexuelle Bedenken überwiegen. Schwere Manien gehören selbstverständlich in Anstaltsbehandlung. Auch für diese ist das Dauerbad oft noch angezeigt, doch mit Unterbrechungen. Zum Schutz der Haut vor Mazeration durch längeres Bad werden außer der Hautpflege

größere Kalkdosen empfohlen. Von Schlafmitteln wird auch bei Manie Paraldehyd gerühmt, ebenso Skopolamin mit Zusatz von Opiaten. Bei Veronal und Luminal ist Vorsicht geboten, vor Somnifen-Kuren wird gewarnt. Ganzpackungen sollen nur angewendet werden, wenn die Kranken keinen Widerstand leisten. Die psychische Behandlung der Manischen soll in scherzender ablenkender Form erfolgen, bei besonders störendem Verhalten soll aber aus erzieherischen Gründen eventuell auch energische Zurechtweisung nicht unterbleiben, niemals aber ohne gleichzeitige Bekundung teilnehmenden Bedauerns. Beschäftigungsmöglichkeiten soll man Manischen reichlich verschaffen. Vorzeitige Entlassung Manischer ist sehr bedenklich; der Entlassung sollen wiederholte, immer ausgedehntere Ausgänge mit Angehörigen vorausgehen.

In seiner Abhandlung über paranoische Zustände geht *F. Kehrer* von der *Kraepelin*schen Definition der Paranoia aus: als der »aus inneren Ursachen erfolgenden, schleichenden Entwicklung eines dauernden unerschütterlichen Wahnsystems, das mit vollkommener Erhaltung der Klarheit und Ordnung in Denken, Wollen und Handeln einhergeht«. Es zeigte sich schon lange, daß Fälle, auf die diese Begriffsbestimmung zutrifft, recht selten und daß die Grenzen dieser »Krankheitseinheit« an einzelnen Stellen nicht scharf sind. Auf die Grenze gegen die Dementia präcox legte *Kraepelin* die Paraphrenien, auf die Grenze gegen die Hysterie den Querulantenwahn, bei dem ein bestimmter äußerer Anlaß eine Rolle spielt, auch die ausschließlich durch die Strafhaft ausgelösten Wahnbildungen: den Begnadigungswahn und die wahnhaften Einbildungen der Degenerierten. Fließende Übergänge nach den psychopathischen Persönlichkeiten stellen die milden Formen der Paranoia *Friedmanns*, *Gaupps* abortive Paranoia, *Kretschmers* sensitiver Beziehungswahn und die von *Kraepelin* selbst herausgehobenen paranoiden Persönlichkeiten dar. Mit der Anerkennung akuter bzw. episodischer Formen der Paranoia eröffnete sich ein Übergangsfeld zum manisch-melancholischen Irresein. Allerlei Schwierigkeiten ergaben sich immer wieder, den entscheidenden Gegensatz zwischen *Kraepelins* Paranoia und seinen Paraphrenien, insbesondere seiner Paraphrenia systematica, herauszuschälen. Den Unterschied dieser Gruppen nach Entwicklung einer Persönlichkeit bei der Paranoia und beim psychischen Prozeß bei der Paraphrenie kann *Kehrer* nicht anerkennen, auch nicht die Grenze der Paranoia gegen die das jeweilige Krankheitsbild beherrschenden Wahnbildungen, welche nachweislich durch toxische, infektiöse oder hirntraumatische Schädigungen und »organische« Störungen mitverursacht werden. *K.* betont die großen Schwierigkeiten klinischer Unterscheidung zwischen den Fällen von paranoischem Eifersuchtswahn, in welchen Alkoholmißbrauch sichergestellt und denen, bei welchen solcher mit aller möglichen Sicherheit ausgeschlossen werden kann, und meint, daß der Alkoholmißbrauch bei Männern als beliebteste Ursache einer reizbaren Schwäche des Geschlechtsapparates nur die wichtigste auslösende oder prädisponierende Ursache zum Eifersuchtswahn abgibt, so wie es bei Frauen die psychologischen Ausnahmezustände der Generationstätigkeit, vor allem das Klimakterium tun. *Kehrer* ist der Ansicht, daß wir z. Zt. als Paranoia nur einen besonderen Typus in sich geschlossener Wahnbildungen herausheben können, der alle möglichen fließenden Übergänge zu denen der übrigen Geisteskrankheiten aufweist, und faßt unter der Bezeichnung Paranoia jene Gruppe von

Fällen zusammen, bei denen das psychische Bild mehr minder in allen Krankheitszeiten auf logisch begründete, nach Motiv und Inhalt durchweg verständliche Wahnbildungen beschränkt bleibt, möge es sich verlaufsmäßig um Phasen, Reaktionen, Entwicklungen oder Dauerzustände handeln. In der besonderen Art des Wahns erschöpft sich der Krankheitsvorgang; Aufmerksamkeit, Auffassung und Wahrnehmung, Gedächtnis und Gefühl und Affektivität, Urteilsbildung, Willenstätigkeit und Bewußtseinszustand sind nur insoweit gestört, als diese Funktionen und Zustände in innerem Zusammenhang zur Wahnbildung stehen. — Unter Anführung von einschlägigen Krankheitsgeschichten beschreibt *Kehrer* die grundsätzlich, weil verlaufsmäßig wichtigen Typen der paranoischen Gewohnheitseinstellung (paranoische Psychopathen bzw. Konstitutionen), der chronisch nicht progressiven Paranoia, der paranoischen Reaktionen, Situations-Psychosen und -phasen und der chronischen paranoischen Entwicklungen. Bei einer Besprechung der Rolle des Milieus wird des Einflusses erworbener Schwäche der dem geselligen Verkehr dienenden Organe, die dauernd eine gewisse Absperrung des Betroffenen von der Umwelt nach sich ziehen, gedacht: des Verfolgungswahns der Schwerhörigen, auch des Verfolgungswahns, der in der Gefangenschaft bei Kriegsteilnehmern auftrat, die in eine ihnen fremde, vor allem fremdsprachliche Umgebung versetzt wurden. Bei vielen gründlich untersuchten Fällen von Paranoia ergaben sich 2, ja 3 verschiedene Richtungen oder Inhalte des Wahns, und zwar nicht nur bei der chronischen Entwicklungsform, sondern auch bei Wahnreaktionen. Ein »Monopolwahn« gehört zu den Seltenheiten. Man ist manchmal überrascht, daß Kranke mit Beeinträchtigungswahn, einerlei ob reaktiv oder chronisch, nachträglich in Schriftstücken wahnhafte Erfinder- bzw. Weltbeglückungspläne entwickeln. Was die Verteilung des Wahninhaltes auf die Geschlechter betrifft, so fand sich Erfinderwahn nur bei Männern. Bei diesen waren Prophetenwahn, Weltbeglückungswahn, Verfolgungswahn, Erbschaftswahn und hypochondrischer Wahn häufiger als bei Frauen, Abstammungswahn war bei Männern und Frauen gleich häufig, Liebeswahn und Eifersuchtswahn wurden bei Frauen öfter gefunden.

Sehr interessant ist die Beschreibung der chronisch-paranoischen Entwicklungen. Bei der Entwicklung einer Persönlichkeit zum Paranoiker nimmt ein in sich geschlossener Wahn vorwiegend aus innerer Anlage im Verlauf längerer Lebensstrecken einen großen Umfang an, ohne daß jemals eine Berichtigung des Wahns eintritt. Dies entspricht also der *Kraepelin*schen Paranoiadefinition. *Kehrer* hat das weitere Schicksal, vor allem in bezug auf den Ausgang der Wahnentwicklung derjenigen Kranken, die einst *Kraepelin* für seine Paranoia »Modell gestanden haben« und noch einiger von anderen Autoren oder von ihm selbst eingehend untersuchter Fälle verfolgt. Auf Grund des Ergebnisses dieser Nachforschungen bejaht er die oft gestellte Frage, ob es denn eine Paranoia im Sinne *Kraepelins* tatsächlich gibt, betont aber zugleich, daß es zwischen dieser Paranoia und den psychogenen Wahnbildungen, vor allem dem Querulantenwahn, alle möglichen Übergänge gibt und daß alle denkbaren Verbindungen zwischen ihr und den endogenen oder reaktiven Wahnepisoden, wie auch der paranoischen Psychopathie, also auch alle Übergänge zwischen Unheilbarkeit und Heilbarkeit, vorkommen; die *Kraepelin*sche Paranoia ist nach *Kehrer* nur eine, und zwar ziemlich seltene, Spielart unter den zahlreichen Entwicklungsformen paranoischer Anlage.

Was das gegenseitige Verhältnis der Wahnrichtungen und Wahninhalte im Einzelfalle anbetrifft, so sind die beiden möglichen Richtungen der Wahnbildungen fast regelmäßig nachweisbar und außerdem laufen nach jeder Richtung hin verschiedene Wahninhalte nach-, neben- oder durcheinander. Größen- oder Kleinheitsideen schließen sich gegenseitig nicht aus, sondern verbinden sich sogar häufig miteinander. Nach *Kehrer* ist weder erhöhtes Selbstgefühl noch erhöhter Geltungsdrang schlechthin die Wurzel paranoischer Wahnbildung, da jenes auch der Manische, Geltungssucht oder Leidenschaft auch der Hysterische aufweise, sondern konstitutionelle Zwiespältigkeiten und Spannungen zwischen den verschiedenen Lebenstrieben, insbesondere dem Gesellungs- und Gemeinschaftstrieb, dem Macht- und Sexualtrieb auf der einen und von Haus aus bestehende Unreife der Denkgewohnheit und der Phantasietätigkeit auf der anderen Seite. Abnorme Erhöhungs- und Erniedrigungsgefühle laufen stets auch dann nebeneinander, wenn verschiedene Formen von Größenwahn oder Erniedrigungswahn das Bild beherrschen.

Den Mutterboden der Paranoia bildet zweifellos die erbliche Anlage; nach welchen Regeln freilich diese entsteht und sich entwickelt, muß heute noch offen gelassen werden.

Interessanterweise sind Fälle von paranoischer Psychopathie bei Angehörigen des jüdischen Volkes außerordentlich selten, auch sind paranoische Zustände beim Erbadel verschwindend selten, während doch dieser, wie die Juden, die reinsten Bilder des manisch-depressiven Irreseins liefert. Bei der Entstehung der Paranoia spielen übrigens verwickelte Störungen der Sexualverfassung eine wichtige Rolle: eigenartige Spaltungen des sexuellen Trieblebens und der seelischen Verarbeitung der Sexualgefühle; letztere treten in einen Gegensatz zu den übrigen, nicht sexuellen Lebenstrieben: dem Gesellungs- oder Gemeinschaftstrieb.

Prognostisch sind die paranoischen Zustände sehr schwer zu beurteilen. Eine sichere Voraussetzung der künftigen Entwicklung auf lange Sicht ist nach *Kehrer*s Untersuchungen gar nicht möglich. Auch aus dem Inhalt der Wahnbildungen kann ein sicherer prognostischer Schluß nie gezogen werden. Nur das kann man sagen, daß die Prognose durchaus ungünstig wird, wenn von vornherein ausgesprochener Verfolgungswahn durch große staatliche, kirchliche oder ähnliche Institutionen, Geheimverbände und dgl. besteht und wenn dieser Wahn mit körperlichen Unlustzuständen verknüpft ist.

Bei der Behandlung der Paranoischen ist zu beachten, daß Beeinträchtigungs-Paranoiker, die heimlich ihre Rachegefühle hüten, gefährlich sind; Wunsch-Paranoiker sind das nur selten. Die Folgen psychischer Ansteckung der Umgebung soll man nicht so sehr überschätzen, geht doch in höherem Grade die Gefahr der religiös-abergläubischen Induktion von größenwähnlicheren Psychopathen aus, welche als Halbgeisteskranke nur ausnahmsweise in die Irrenanstalt geraten. Außerhalb der Irrenanstalt soll man namentlich auf individualisierende psychiatrische Arbeitsbehandlung bedacht sein. Wenn freilich neben größenwahnsinniger Paranoia manische Züge stärker hervortreten, ist auch bei dieser Form Anstaltsunterbringung notwendig. Zu beachten ist, daß Anstaltsaufenthalt die Proteststimmung steigert und die von der Krankheit nicht berührte soziale Betätigungsfähigkeit lahm legt. In den Anfängen selbst der ausgesprochenen Wahnbildun-

gen, und nicht nur bei den sensitiven, sondern auch bei den eigentlichen Prozeßkrämern, sind ambulatorische Fürsorgebehandlung und moderne Arbeitstherapie nicht so aussichtslos, als es die frühere therapeutische Resignation mit sich brachte. Beseitigung wahnverstärkend wirkender Umweltreize kommt in Betracht, können doch Milieu und Situationsreize die Krankheit begünstigen und ihre Form bestimmen. Ist eine Änderung des Milieus nicht möglich, so kann die Internierung zuweilen nicht vermieden werden. Sehr wichtig ist, in- und außerhalb der Anstalt den Paranoikern gelegentlich restlose Aussprache zu ermöglichen und, wie es *Stransky* nennt, ein patriarchalisches Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Kranken anzubahnen, wobei sich psychiatrische poliklinische Einrichtungen gut bewähren. Hierbei soll man nicht um jeden Preis sanftmütig nachgeben, aber auch kein tyrannisches Verhalten einschlagen, sondern mit wohlwollender, zielsicherer Bestimmtheit vorgehen und bei aller Schonung der Überempfindlichkeit z. B. der Kampf-Paranoiker, richtig erkannte Maßnahmen energisch durchführen. Bei der Begutachtung von Kranken mit Querulantenwahn soll man es vermeiden, Verlauf und Ausgang zu ungünstig zu kennzeichnen. Von Fall zu Fall muß sorgsam erwogen werden, ob Anstaltsaufnahme und ob Entmündigung angezeigt ist. Empfohlen wird, den Psychiater bei Handhabung der Vormundschaft mitwirken zu lassen und für rechtliche Anerkennung der bedingten Aussetzung der Vormundschaft einzutreten. Auch wird nicht verkannt, daß angedrohte Vormundschaft manchmal als pädagogisches Abschreckungsmittel heilsam wirken kann. Sehr notwendig ist es, die Unterbringung der Paranoischen in eine Anstalt, wenn sie zwangsweise nötig war, ja nicht unnötig auszudehnen und den Kranken wieder zu entlassen, wenn er sich »verschnauft« (*Raecke*) hat. Man kann mit der Entlassung hier nicht immer warten, bis wirkliche Krankheitseinsicht eingetreten ist, vielmehr kommt es auf das Maß wirklich richtiger Beruhigung an. Auch Kampf-Paranoiker soll man möglichst frühzeitig beurlauben, aber in ein anderes Milieu, als in das, mit dem sie in Konflikt gerieten oder, wenn das nicht möglich ist, soll man von den günstigen Erfahrungen über Beruhigung nach Versetzung in eine andere Anstalt Gebrauch machen.

G. Ilberg.

Verurteilung von Ärzten und Apothekern wegen Verstoßes gegen das Opiumgesetz. Am 30. 10. hatten sich vor dem großen Schöffengericht München 4 Ärzte und 4 Apotheker (1 Besitzer und 3 angestellte Apotheker) wegen Vergehens gegen das Opiumgesetz zu verantworten.

Eine raffinierte Morphinistin verbrauchte von Juni 27 bis Nov. 28 1162 gr. Morphium. Anfangs bezahlte sie die ordnungsgemäß ausgestellten Rezepte in der Apotheke. Sie kam jeden Tag, bezog oft 4,5 gr. im Tag. Im letzten Jahre gab sie an Stelle der Barzahlung eine dem Wert entsprechende Anzahl von Rezepten ab, die für angebliche Mitglieder der Ortskrankenkasse auf andere Mittel, wie Verbandstoffe, Salben u. dgl. ausgestellt waren. Die Ortskrankenkasse bezahlte nach und nach die Summe von 8000 RM., die der Apotheker nach Aufdeckung des Falles zurückersetzte. Bei Prüfung des Morphiumverbrauches durch die Polizeidirektion stellte sich die Täuschung heraus.

Den Apothekern wurde zur Last gelegt, daß sie bei entsprechender Aufmerksamkeit hätten erkennen müssen, daß das M. **nicht als Heilmittel**, sondern als Rauschmittel bestimmt war. Sie hätten sich mit den die Rezepte ausstellenden Ärzten in Verbindung setzen müssen.

Die Ärzte hatten die angebl. Kranke, für welche sie die Rezepte ausstellten, nie gesehen. Die Morphinistin hatte den Ärzten vorgemacht, ihre Schwägerin, die sie zu pflegen habe, leide an Tuberkulose, Krebs, sei an beiden Beinen amputiert.

Ein Arzt hatte tägl. im Durchschnitt 10—12 als Maximum 34 Rezepte ausgestellt, jedes auf einen anderen Namen für fingierte Mitglieder der Ortskrankenkasse, im ganzen ca. 2000 Rezepte, nicht auf M., sondern für Verbandstoffe, Salben usw. Die Frau hatte ihm vorgemacht, es handle sich um Patienten mit kleinen Gebrechen eines Invalidenvereins. Er verrechnete seine Mühewaltung der Ortskrankenkasse und erhielt ca. 1500 RM. hierfür ausbezahlt.

Der Morphinistin wurde der Schutz des § 51 R. St. G. B. zugebilligt. Das Verfahren gegen sie wurde eingestellt.

Das am 31. 10. verkündete Urteil lautete bei dem Apotheker und seinen 3 Assistenten wegen eines Vergehens des fortgesetzten Betruges auf Freispruch. Dagegen sprach das Gericht gegen den Apotheker eine Geldstrafe von 2000 RM., gegen 2 Assistenten je 400 RM. und gegen den dritten 300 RM. aus wegen Vergehens gegen das Opiumgesetz. Verurteilt wurden die drei Ärzte, die die Opiumrezepte ausgestellt hatten, zu 1500 RM., 1500 RM. und 300 RM. Gegen den vierten Arzt, der die anderen Heilmittelrezepte zum Schaden der Ortskrankenkasse ausstellte, sprach das Gericht an Stelle einer verwirkten Gefängnisstrafe von 2 Monaten eine Geldstrafe von 1000 RM. aus wegen fortgesetzten Betrugs und eine weitere Geldstrafe von ebenfalls 1000 RM. In der Begründung wird den Ärzten fahrlässige Handlung durch Ausstellung von Morphiumrezepten vorgeworfen, da sie sich über die Kranke selbst und ihren Zustand nicht genügend informiert hätten und fahrlässigerweise so entgegen dem Opiumgesetz Morphium in den Verkehr gebracht hätten. Dr. *Mayr*-München.

Personalia.

Verstorben: Geheimer Medizinalrat Dr. *Gerlach,* früher Direktor der Provinzialheilanstalt Münster i. W.,

Oberarzt Dr. Friedrich *Lützgerath*-Neustadt (Holstein).

Ernannt: Obermedizinalrat Dr. *Faltlhauser* zum Direktor der Heil- und Pflegeanstalten bei Kaufbeuren,

Medizinalrat Dr. *Menche*-Hildburghausen zum Obermedizinalrat und Direktor der Landesheil- und Pflegeanstalt Hildburghausen,

Privatdozent der Psychiatrie und Neurologie Siegfried *Fischer* zum a. o. Professor und Professor Dr. *Schilder*-Wien zum wissenschaftlichen Direktor des städt. psych. Spitals Bellevue.

Es habilitierte sich Dr. *Korbsch* für Psychiatrie und Neurologie an der Universität Münster i. W.

Versetzt wurde Anstaltsarzt Dr. *Simon* von Klingenmünster nach Ansbach.

Typen schizoider Reaktion[1]).

Von

Vella Daulberg.

Im Jahre 1920 stellte *Popper* an der Hand seiner Kriegserfahrungen, vor allem an slawischen Soldaten, das Krankheitsbild des schizophrenen Reaktionstyps auf. Gemeint waren mit diesem Begriff psychogene Reaktionen von schizophrener Symptomatik, d. h. seelisch entstandene und unterhaltene, mit dem Fortfall der krankheitserzeugenden Situation völlig abheilende Psychosen, die jedoch im Erscheinungsbild sich von jenen bei schizophrenen Prozessen nicht unterscheiden. Die betroffenen Kranken waren auch keine Schizophrenen — daß es im Rahmen schizophrener Prozesse rein reaktive akute Syndrome gibt, wußte man schon lange vor *Popper* durch *Bleuler* —, sondern psychopathische Persönlichkeiten.

*Popper*s Aufstellungen fanden lebhafte Zustimmung, unter anderem auch von *Kretschmer*, zu dessen Gedankengängen diese neue klinische Form sehr gut paßte. *Kahn* schlug die Bezeichnung: schizoider Reaktionstyp vor, um kenntlich zu machen, daß die Reaktionen mit der Schizophrenie als Prozeß nichts zu tun haben, und *Popper* erklärte sich mit diesem Vorschlag durchaus einverstanden. Seither hat, abgesehen von einer kasuistischen Mitteilung *Kolle*s, nur *Lange* einige eindrucksvolle Beobachtungen mitgeteilt, die in das Gebiet des schizoiden Reaktionstyps gehören. Bei seinen Kranken schienen ihm »eine besondere Veranlagung, ein schwerwiegendes seelisches Erlebnis und ein Erschöpfungszustand von gleich wesentlicher ätiologischer Bedeutung«. Besonderen Nachdruck legte er darauf, daß bei den von ihm beschriebenen »Reaktionen« die Vorgänge sich nicht ausschließlich in seelischen Schichten abspielten, sondern daß auch dem körperlichen Allgemeinzustand allem Anschein nach eine wichtige Rolle zukam.

Psychosen von der Art des schizoiden Reaktionstyps sind von einer hohen praktischen, insbesondere prognostischen Wichtigkeit. Sollte es sich herausstellen, daß regelmäßig die drei von *Lange* hervorgehobenen Komponenten dort nachweisbar sind,

[1]) Aus der psychiatrischen Abteilung des städt. Krankenhauses München-Schwabing (Professor Dr. *Johannes Lange*).

wo die Enddiagnose auf eine reaktive Psychose von schizophrener Symptomatik lautet, so wäre dies von erheblicher Bedeutung. Wir haben daher im folgenden die drei letzten Beobachtungen von schizoidem Reaktionstyp, die in die psychiatrische Abteilung des Krankenhauses München-Schwabing aufgenommen wurden, näher analysiert.

In dem ersten hier mitgeteilten Falle sind die drei von *Lange* herausgehobenen Bedingungen in der Tat mit voller Klarheit nachweisbar.

Kiesel, Helene, 42 Jahre alt. Erblichkeit: Nach Angaben der Schwester (Kunstmalerin): Der Vater der Pat. war Oberamtmann, Domänenpächter in Ostpreußen. Er lebt noch jetzt 82 jährig gesund. Er ist ein etwas sonderbarer, geiziger, herrschsüchtiger Mensch, ein Familientyrann, unter dem die Kinder, besonders aber die Mutter, eine sanfte Frau, die mit 65 Jahren an einem Herzleiden starb, sehr zu leiden hatten. Diese selbst hat durch den Mann sehr viele Aufregungen gehabt, war sonst aber mehr eine glückliche Natur. Ein Bruder des Vaters soll geisteskrank gewesen sein. Zeitweise in einer Anstalt, war er späterhin ein stiller Sonderling. Alle Mitglieder der väterlichen Familie gelten als eigensinnig, dickköpfig, herrschsüchtig, schwierige Naturen, leidenschaftlich, leicht erregt, dabei aber intellektuell begabt. Sie haben zum Teil im Leben viel geleistet, während die mütterliche Familie liebenswürdig, friedlicher, unbedeutender ist. Geschwister der Pat.:

1. Klein gestorben.

2. Bruder, galt als der heiterste; lebhaft, lebenslustig, vergnügt, ein Draufgänger, glich mehr der Mutter. »Nur in Ehrensachen war er immer komisch.« Brachte sich mit 20 Jahren als Student um. Der Selbstmord war allen, die sein Temperament kannten, unverständlich.

3. Schwester, verheiratet, jetzt geschieden. Hat früher einmal Basedow gehabt, war immer etwas nervös. Weinte besonders zur Zeit ihrer Eheschwierigkeiten viel, war sonst aber tüchtig und mehr heiteren Gemüts. Hat einen gesunden, begabten Sohn.

4. Ref.

5. Schwester, verheiratet, glücklich, ist nicht auffällig. Hatte zwei Söhne, von denen der eine mit 13 Jahren erhängt aufgefunden wurde; vor ihm lag das aufgeschlagene Buch: »Wege zu Kraft und Schönheit.« Man nimmt einen Unglücksfall an!!

6. Pat. s. unten!

7. Schwester, verheiratet und geschieden, ein schwermütiger Charakter, leicht aufgeregt, dabei aber sehr tüchtig. Tut alles aus eigener Kraft, bewirtschaftet jetzt ein Grundstück ganz allein.

Pat. war als Kind ganz gesund. Von Kinderkrankheiten ist nichts bekannt. Sie galt als ein heiteres Kind, was sie auch als junges Mädchen blieb. Nur im Essen war sie sehr unvernünftig. Sie war witzig, schlagfertig, charakterisierte andere Menschen treffend. In der Schule galt sie als Ausbund, war dabei aber beliebt bei Lehrern und Schülern. Sie hatte eine Menge Freundinnen, soll gutmütig gewesen sein und sich haben leicht ausnützen lassen. Erst auf dem Gut von einer Erzieherin erzogen, kam sie dann in die Schule, wo sie gut gelernt hat. Sie war begabt, aber immer

etwas faul. Mit 16 Jahren kam sie dann nach Hause, wo sie mit dem Vater nicht gut stand, besser mit der Mutter. Sie war dann noch eine Zeitlang in Pensionen, heiratete mit 24 Jahren einen aktiven Offizier, den jetzigen Major K., der damals in K. garnisoniert war. Aus der Ehe keine Kinder. Die Ehe galt immer als glücklich. Pat. verstand gut zu wirtschaften und ging auf ihren Mann gut ein, der selbst im Umgang etwas schwierig ist, sich nur mit wenigen Menschen verträgt. Sie hing außerordentlich an ihm. Einerseits ist sie sehr empfindlich, andererseits sehr energisch. So ist es ihr gelungen, durch ihre fortwährenden Bemühungen ihren Mann aus der Gefangenschaft austauschen zu lassen. Mit der eigenen Familie hat die Pat. infolge ihres sonderbaren Mannes mehr und mehr den Konnex verloren.

Krankheiten: Ein halbes Jahr nach der Heirat Unterleibsentzünzündung. Die Schwester war damals zur Pflege dort. Sie vermutete schon immer, daß es eine Geschlechtskrankheit war. Man tat heimlich, alles erschien ihr seltsam. Die Pat. hat fast ein Jahr lang gelegen, hatte eine Bauchfellentzündung und wurde dann von einem schnell hinzugezogenen Arzt operiert und geheilt. Seit dem Kriege hat sie Herzbeschwerden, Herzanfälle, die meist nach Aufregungen auftraten. Dabei auch Ödeme.

Nach dem Kriege zogen die Eheleute nach B. und schließlich nach W. Der Mann betätigt sich im öffentlichen Leben. Die Eheauffassung der Pat. war schon immer etwas überspannt. Sie duldete nicht, daß ihr Mann ohne ihr Wissen mit einer anderen Frau sprach. Im Frühjahr dieses Jahres fand sie im Nachttisch ihres Mannes einen harmlosen Brief einer Frau, worüber sie ihrem Mann Vorwürfe machte, weil sie sich betrogen fühlte. Sie durchsuchte dann die Tagebücher ihres Mannes und als Referentin mit ihr im Sommer 1928 zusammenkam, erklärte Pat., daß sie sich scheiden lassen wolle, weil sie das Vertrauen zu ihrem Mann verloren habe. Einen Grund habe sie gar nicht angeben können. Jetzt meint sie, von dem Mann geschlechtskrank geworden zu sein, hat einen Brief an ihren früheren Arzt geschrieben, der sie darüber beruhigte. Sie traute aber nicht, auch den Ärzten nicht. Zu einem anderen Arzt wollte sie nicht gehen, aus Angst vor dem Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Fürchtete unter Polizeiaufsicht zu kommen. Sie lebte zunächst eine Zeitlang getrennt vom Mann und war trotz der Konflikte heiterster Stimmung. Dann kehrte sie zurück, ging mit ihm einen Vertrag ein, daß sie zwar in einer Wohnung, aber getrennt leben wollten. Damals schon aß sie sehr oft nicht. Am 1. September verließ sie den Mann endgültig, reichte die Scheidung ein. Fürchtete, ihr Mann wolle sie in eine Anstalt bringen. Lebte bei ihrer Schwester in P. Als Ref. sie im Oktober sah, schien sie ihr verändert. Sie hatte einen unbegründeten fanatischen Haß gegen ihren Mann, sprach fortwährend von ihrer Geschlechtskrankheit und von ihrer Scheidungsangelegenheit. Lief zu Kartenlegerinnen, von denen sie sich in allen Entschlüssen leiten ließ. Studierte ein Buch über Joga. Am 1. Januar erschien sie, telegraphisch angemeldet, plötzlich bei der Ref., erzählte ihr von den Jogaübungen, von ihrer Liebe zu einem anderen Mann, den sie nur einmal gesehen hat und dessen Stimme sie dauernd hört. Von ihm läßt sie sich ganz leiten, wenn sie in einen Starrezustand verfällt und dabei völlig mit ihm vereint ist. In ihrer Erzählung brach sie, offenbar

von Stimmen beeinflußt, öfters ab, war dann nicht mehr zum Sprechen zu bewegen.

Pat. befand sich zunächst in der medizinischen Abteilung. Dort war sie durch die Polizei nachts eingeliefert worden, nachdem man sie an einen Zaun gelehnt, ohne zu sprechen, aufgefunden hatte. Kurz darauf wurde sie in die psychiatrische Abteilung verlegt. Hier läßt sie sich ohne zu sprechen und ohne Widerstand zu leisten ins Bett bringen, ißt. Auf Fragen gibt sie einsilbig Auskunft, gibt ihren Namen und ihr Alter an, weiter, daß sie seit drei Tagen hier in München sei und bei ihrer Schwester, einer Kunstmalerin, gewohnt habe; daß sie mit dem Eisenbahnzug irgendwoher gekommen sei. Alles andere hat sie »vergessen«. Sie weiß nicht, wer ihr Mann ist und wie er aussieht. Sie weiß nicht, wo sie wohnt, woher sie kam, weiß nicht ihren Mädchennamen. Auf alles antwortet sie: »Ich weiß es nicht«. Rechenaufgaben aus dem kleinen Einmaleins rechnet sie prompt und richtig, gibt auch auf die üblichen Pseudodemenzfragen richtige Antworten. Sie behält beim Sprechen eine steife, starre Haltung bei, sieht den Arzt nur auf Aufforderung an, sonst starrt sie vor sich auf die Bettdecke, ohne mimischen Ausdruck, ohne sich zu bewegen. Nach wenigen Stunden ist sie wieder im Stupor, in dem sie schon auf der inneren Abteilung gelegen haben soll. Sie liegt steif, mit geschlossenen Augen da, kommt keiner Aufforderung zu sprechen, sich zu bewegen, nach, schließt nur noch fester die Lippen, noch fester die Augen zu. Bei passiven Bewegungen teils ganz nachgiebig, kann man sie in kataleptische Haltungen bringen. Dann wieder motorisch negativistisch, ablehnend. Auf Nadelstiche ins Gesicht leichtes Blinzeln. Keine Abwehrbewegungen.

Körperlicher Befund: Unter mittelgroße, asthenische Frau mit krausen Haaren. Pupillenreaktion nicht zu prüfen. Hirnnerven o. B. Zunge gerade. Im Facialis keine Differenz.

Schilddrüse nicht vergrößert. Armreflexe rechts und links vorhanden. Bauchdeckenreflexe vorhanden. Patellar- und Achillessehnenreflexe rechts = links. Keine spastischen Reflexe. Ataxie usw. nicht zu prüfen. Romberg negativ.

Menses bis zu der erwähnten Unterleibsoperation regelmäßig. Seither Ausfluß und während der Menstruation meist Beschwerden.

Ins Untersuchungszimmer gebracht, geht sie mit geschlossenen Augen, bleibt stehen, wo sie hingestellt, sitzen, wo sie hingesetzt wird. Antwortet überhaupt nicht auf Fragen.

Verlauf:

19. 1. 29. Die Pat. war bis jetzt fast unverändert. Während der Visite wurde sie mit geschlossenen Augen schlaff im Bett liegend angetroffen, bewegte sich nicht auf Anruf, nicht auf Anstoß. Nur beim Nadelstechen in die Nase leichte Blinzelbewegungen. Manchmal saß sie auch halb aufgerichtet und um sich blickend im Bett, sagte dann auf manche Fragen ja oder nein, um dann bald völlig zu verstummen und die Lippen fest aufeinander zu pressen. Bei den Mahlzeiten erhob sie sich fast regelmäßig im Bett, aß, wenn auch nur wenig.

Heute nacht wurde die Pat. $^1/_2 2$ Uhr wach im Bett sitzend angetroffen, wobei sie bereitwillig auf alle möglichen Fragen Auskunft gab. Sie erklärte, ganz genau zu wissen, wie sie hier ins Krankenhaus kam,

wie sie auf der medizinischen Abteilung sehr schmerzhaft elektrisiert wurde, wie man sie hier herüberbrachte, weiß genau, bis in alle Einzelheiten, was im Untersuchungszimmer mit ihr vorgenommen, was zu ihr gesprochen wurde, weiß, wie sie bei der Aufnahme auf der hiesigen Abteilung angab, nur das Gedächtnis für die letzten drei Tage zu haben, und weiß, wann und wo sie, um in Bewegung gebracht zu werden, mit einer Nadel gestochen oder mit einem Hammer geschlagen wurde. Sie erklärt, sie habe nicht antworten wollen und habe die einmal innegehabte Stellung nicht ändern wollen. Der Wille fehlte ihr auch, Auskunft über frühere Zeiten zu geben. Es war nicht wahr, daß sie das Gedächtnis verloren hatte. Sie hat das nur so gesagt. Sie hat sich während des Stupors wohl gefühlt, keinerlei unangenehme Sensationen gehabt, auch nicht Stimmen gehört. Im Beginn der Unterredung scheint sie öfters plötzlich abgelenkt und auf Befragen gibt sie zu, wieder die Stimme zu hören, die sie schon in der Wohnung ihrer Schwester und auch in den letzten Tagen oft gehört hat. Woher die Stimme kommt, was sie sagt, gibt sie nicht an. Auf alle diesbezüglichen Fragen: »Fragen Sie mich nicht, ich kann nicht antworten«. Es ist ihr nicht verboten. Sie kann und will nicht darüber sprechen. Nachdem sie dann einige Angaben über ihr früheres Leben gemacht hat und wieder nach Halluzinationen gefragt wird, bestreitet sie, überhaupt jemals Stimmen gehört zu haben. Es war nur eine Einbildung von ihr, daß sie glaubte, eine Stimme gehört zu haben. Dann meint sie auch, ihr Stuporzustand sei nur durch ihre Einbildung entstanden.

Sie gibt an, mit ihrem Mann bis zum Frühjahr letzten Jahres glücklich gelebt zu haben, bis sie in seinem Tagebuch eine Abschrift eines Briefes an eine Frau fand, worauf sie glaubte, daß er nicht mehr so zu ihr stehe wie früher. Einen Anhalt für einen Ehebruch oder auch nur eine Entfremdung des Mannes von ihr hat sie eigentlich auch durch die Kenntnis dieses Briefes nicht gehabt. Gleichwohl aber verlor sie das Vertrauen zu ihm. Was das war und wie das kam, vielleicht war es Hypnose. Sie fühlte sich hypnotisiert, glaubte von dem Mann unbedingt fort zu müssen. Nach dem Zusammensein mit ihrer Schwester kehrte sie dann versuchsweise zu ihrem Mann zurück, wurde aber das Gefühl nicht los, hypnotisiert zu sein, und konnte das Vertrauen nicht wieder gewinnen. Sie fühlt sich seit dem Frühjahr letzten Jahres im ganzen verändert. Auch diese Veränderung bestreitet sie dann im Laufe des Gesprächs wieder.

21. 1. 29. Pat., die in den letzten Tagen wieder stuporös war, war nachts etwas unruhig und ängstlich, verließ einmal sogar das Bett, behauptete, sie habe etwas am Fenster gesehen, wovor sie sich ängstigte, versteckte sich unter dem Tisch, klammerte sich an die Schwester, mußte Skopolamin bekommen. Heute abend gibt sie wieder Auskunft mit ernster, unbeweglicher Miene. Sie wünscht möglichst schnell entlassen zu werden, um zurück nach W. fahren zu können. Sie will zu ihrem Mann zurück, will mit ihm sprechen, sich mit ihm versöhnen. Sie hat eine Ahnung, es könnte ihm etwas passiert sein; sie hat schon oft so Ahnungen gehabt. Wieder behauptet sie, die Stimme war nur eine Einbildung, sie hat gar keine Stimme gehört. Auch daß sie so lag, war nur Einbildung, und sie geht sogar so weit, zu behaupten, daß dieses starre Daliegen selbst nur eine Einbildung von ihr war, ebenso wie der Glaube, daß sie eine Stimme

gehört habe. Wird dann sofort unsicher, wenn man darauf eingeht, daß sie doch tatsächlich mehrere Tage so starr dagelegen hat. Will dann darüber nicht mehr sprechen.

Aus der Wohnung ihrer Schwester lief sie deshalb fort, weil sie, auf dem Sofa liegend, eine Gestalt auf sich zukommen sah, die, als Pat. kein Lebenszeichen von sich gab, ihre Hände und Herzgegend befühlte und dann wieder hinausging. Sie bekam ein schreckliches Angstgefühl, konnte nicht dableiben und lief deshalb auf die Straße. Die Gestalt hält sie für eine Zugeherin im Hause ihrer Schwester, wie sie aus Kleidung und Benehmen schließt. Die nächtliche Erscheinung, die sie so geängstigt hat, sei wohl eine Schlange gewesen; wenigstens hat sie in der Nacht gemeint, es sei eine Schlange. Sie hatte vom Fenster Zischlaute gehört, nichts gesehen.

28. 1. 29. Pat. ist seit wenigen Tagen viel freier. Sie gibt ganz geordnet Auskunft, ist nicht wieder in den Stupor zurückgefallen. Nur durch die Stimme war sie noch öfters geplagt. Sie bestritt allerdings jetzt, daß es eigentlich eine richtige Stimme sei, vielmehr sei es ein Geräusch im Ohr, in das sie selbst erst eine Stimme hineinhörte. Das waren wohl Einbildungen. Fast flehend sagt sie: »Bitte, fragen Sie mich nicht mehr danach, ich kann mich nicht darüber aussprechen«. Es war wohl eine Krankheit, Erschöpfung, und sie schildert jetzt ganz geordnet, unter welch schwierigen Verhältnissen sie in der letzten Zeit gelebt hat. Der Mann war immer ein schwieriger Mensch, der sich nur schwer mit anderen vertrug und sie, die Pat., allmählich immer mehr der eigenen Familie entfremdet hat. Sie hat manchmal unter ihm sehr gelitten. Sie hat immer sehr viel gearbeitet, wenig Dienstboten gehabt und alles für ihn getan, ohne daß es ganz anerkannt wurde. Früher tat sie es gern, denn sie glaubte an ihn. Im Frühjahr des letzten Jahres entdeckte sie nun im Tagebuch ihres Mannes die Abschrift eines Briefes an eine Professorenfrau, eine Badebekanntschaft von ihm, wodurch sie sich betrogen glaubte. Aus dem Brief ging hervor, daß diese Frau dem Mann näher stand als sie selbst. Einen Anhalt für Ehebruch hatte sie nicht. Da faßte sie den Entschluß, sich scheiden zu lassen, und es kamen ihr die alten Gedanken, daß sie von ihm angesteckt sei, wieder hoch. Je mehr sie sich vom Mann entfernte, um so mehr war sie auf ihre eigene Familie angewiesen; Vater und Geschwister, sämtlich schwierige Charaktere. Der Vater hatte in der Inflation ebenfalls in W., wo die Pat. mit ihrem Mann wohnte, ein großes Grundstück mit einer schloßartigen Villa gekauft, deren Wert jetzt ungefähr auf eine halbe Million geschätzt wird. Um das dort geerntete Obst zu verwerten, richtete er im Keller dieses Hauses eine Saftkelterei ein, in der anfänglich einige Arbeiterinnen beschäftigt wurden. Außerdem half zunächst eine der Töchter, dann die Pat. mit und es wurde eine G. m. b. H. gegründet, von der dann die Pat. ein Zehntel Kapital vom Vater als Anteil erhielt. Die anderen Anteile hatten zum großen Teil der Vater und andere Geschwister inne. Da die Arbeiterinnen so viel stahlen, wurden sie im Keller bei der Arbeit eingesperrt, dann ganz entlassen, und die Pat. besorgte mit Hilfe des Gärtners die ganze Saftkocherei allein. Dies bedeutete für sie eine große Anstrengung, da sie außerdem bei dem Häuschen ihres Mannes noch einen Garten zu versorgen hatte. Sie selbst führt nun ihr übertriebenes Mißtrauen dem Manne gegenüber auf diese Überarbeitung zurück. Sie zog nämlich,

nachdem sie sich der Treulosigkeit ihres Mannes bewußt war, von Hause fort. Weiter kam dazu, daß sie mit ihrem Vater, der von jeher ein leicht erregbarer, despotischer Mensch war, fortwährend Differenzen hatte. Im Juni letzten Jahres hatte der 84jährige Mann, der jetzt offenbar an Gedächtnisschwäche leidet, die Gashähne in der Küche offengelassen, und da er außerdem in seinen Erregungen öfter davon sprach, das ganze Haus in die Luft zu sprengen, seine Gegner zu erschießen, wurde er auf Veranlassung der Pat. und einer anderen Tochter auf ärztliche Einweisung in die geschlossene Abteilung des Sanatoriums N. gebracht. Nach drei Tagen kam er jedoch auf Grund kreisärztlicher Untersuchung wieder nach Hause und verklagte nun den Arzt und seine beiden Töchter wegen Freiheitsberaubung, ein Prozeß, von dem die Pat. jetzt hofft, daß er niedergeschlagen wird. Weiterhin entzog er der Pat. ihren Vermögensanteil an der G. m. b. H., wovon wiederum die Folge ein Prozeß ist, der jetzt läuft. Nach Einreichung der Scheidungsklage im September des letzten Jahres zog die Pat. zu ihrer ebenfalls jetzt in Scheidung lebenden Schwester nach P., welche sehr nervös ist. Diese griff die Beziehungen der Pat. zu einer Wahrsagerin auf und steigerte sich in diese Dinge immer mehr hinein, und von ihr erst wurde die Pat. induziert. Die Schwester der Pat. war auffallend furchtsam und meinte, man könnte ihr etwas tun (Pat. berichtet das mit der Einschränkung, daß sie es vielleicht damals in ihrem eigenen abnormen Zustand übertrieben gesehen hat). Die Schwester verhielt sich, wenigstens schien es der Pat. so, immer merkwürdiger und schließlich meinte die Pat., daß sie ihr ans Leben wolle, so daß sie also bei ihrer Ankunft in München sich mit Vater und Ehemann in Prozesse verwickelt und von ihrer eigenen Schwester verfolgt sah.

9. 2. 29. Pat. fühlt sich jetzt vollständig frei. Die Halluzinationen, selbst das Ohrensausen, sind vollkommen geschwunden und ihrer eigenen Unsicherheit in ihren Entschlüssen steht sie jetzt selbst kritisch gegenüber. Während sie noch vor acht Tagen einen Brief an ihren Mann schrieb, in dem sie ihm eine bedingungslose Versöhnung anbot, so möchte sie selbst jetzt nicht entscheiden, sondern die Prozesse so lange hinausschieben, bis sie wieder zu einem klaren Urteil über die Sachlage gekommen ist. Sie ist der Meinung, daß sie wohl doch den angefangenen Scheidungsprozeß durchführen müsse, da sie glaubt, nach dem einmal Erlebten nicht wieder zum Mann zurückkehren zu können. Dagegen glaubt sie, daß der Prozeß mit ihrem Vater um den Vermögensanteil keinen Aufschub duldet, und ist ziemlich entschlossen, ihn bis aufs äußerste durchzuführen.

Sie verhält sich hier vollkommen ruhig, verträgt sich gut mit anderen Patienten, hat einen sich in durchaus normalen Grenzen haltenden Beschäftigungsdrang, macht kleine Arbeiten und hilft etwas mit auf der Abteilung. Im Gespräch macht sie einen besonnenen, keineswegs zerfahrenen Eindruck. Sie scheint in ihren Vermögens-, sowie Prozeßangelegenheiten, die jedenfalls sehr verwickelt liegen, ausgezeichnet Bescheid zu wissen und ist jedenfalls ihrer hier öfters erscheinenden Schwester intellektuell überlegen.

18. 2. 29. Pat. nimmt gut an Gewicht zu. Appetit und Schlaf ungestört. Sie fühlt sich vollkommen ruhig, zeigt keinerlei Schwankungen mehr.

Zusammenfassung und Epikrise des Falles Kiesel.

Es handelt sich um eine jetzt 42jährige Dame, die bis in die letzte Zeit hinein niemals Erscheinungen seelischer Störung dargeboten hatte, wenn sie auch stets eine eigenartige Persönlichkeit: zwar heiter, witzig, schlagfertig, gutmütig, energisch, anhänglich, aber empfindlich, hypochondrisch, eifersüchtig, in gewisser Hinsicht überspannt und im ganzen sehr kühl war und aus einer mit schweren Anomalien durchseuchten Familie stammt: Schwester geisteskrank, wohl schizophren, Vater liebloser, querköpfiger Sonderling, Bruder des Vaters geisteskrank, Bruder und Neffe der Kranken Suizid. Im 42. Lebensjahre sieht sich Frau Kiesel, die bis dahin, wenn auch nicht ohne erhebliche, mutig überwundene Schwierigkeiten durchgekommen war, plötzlich in einer Fülle schwerer seelischer Konflikte und hat zudem eine besonders umfangreiche und vor allem ungewohnte, erschöpfende körperliche Arbeit zu leisten.

Sie, die Eifersüchtige, mit ihrer überspannten Eheauffassung, ertappt den Mann auf Beziehungen zu einer Frau, der er offensichtlich näher steht als der Pat. selbst. Mit dem Vater, der seelisch auffällig wird, gerät sie in eine Reihe äußerst verwickelter Prozesse, die ihre Vermögenslage bedrohen. Die Schwester, mit der sie zusammenlebt, erkrankt seelisch und unter deren Einfluß gerät sie an Joga und Kartenlegerinnen. Auf der anderen Seite hat sie, durch übertriebenes Mißtrauen des Vaters gezwungen, allein mit einem Gärtner einen Manufakturbetrieb, in dem vorher mehrere Arbeiterinnen reichlich zu tun hatten, und daneben noch ihren Garten zu besorgen.

Aus dieser äußerst schwierigen Lage heraus erkrankt Frau Kiesel, zunächst nur mit hypochondrischen Ideen; dann beginnt sie Stimmen zu hören, fühlt sich beeinflußt und hypnotisiert und gerät schließlich in einen negativistischen Stupor hinein, der zu ihrer Aufnahme führt. Im Krankenhause macht ihr Zustandsbild anfangs völlig den Eindruck eines schweren negativistisch-kataltonen Stupors, der gelegentlich von freien Zeiten durchbrochen ist. Nach wenigen Tagen tritt eine rasche, weitgehende Besserung ein. Anfänglich hört sie zwar noch Stimmen, auch kommen noch wiederholt kurze stuporöse und negativistisch-ängstliche Episoden; zwei Wochen nach der Aufnahme jedoch ist die Kranke völlig frei, unauffällig, klar, besonnen und erscheint ungewöhnlich intelligent und zielstrebig. Sie hat volle Einsicht in die Krankhaftigkeit ihres Zustandes, verfügt über eine ganz klare Erinnerung auch an die ersten schweren Tage, hat aber zunächst noch eine lebhafte Abneigung, über ihre pathologischen Phänomene zu sprechen. In kurzer Zeit nimmt sie erheblich zu.

Augenblicklich macht sie einen völlig gesunden Eindruck. Gegenüber dem Zustand vor der Erkrankung vermögen ihre nächsten Angehörigen keinerlei Änderung wahrzunehmen.

Nach all dem haben wir hier in der Tat das Beieinander von abnormer Ausgangspersönlichkeit, schwerwiegenden seelischen Erlebnissen und körperlicher Erschöpfung, wie es den Aufstellungen *Lange*s entspricht. Daß bei der Kranken ein schizophrener Prozeß im Gange wäre, kann nach dem gegenwärtigen Zustand ebenso wie nach der Vorgeschichte, aber auch nach dem im Rückblick und inhaltlich völlig reaktiven Charakter der durchgemachten Psychose ausgeschlossen werden. Es besteht keinerlei Anhaltspunkt dafür, daß Frau Kiesel in früherer Zeit einmal einen schizophrenen Schub durchgemacht hätte oder daß ihre jetzige Persönlichkeit das Produkt einer langsamen prozessiven Umwandlung wäre. Dagegen wird man Frau Kiesel bei ihrer seelischen Eigenart sehr wohl unter die schizoiden Typen *Kretschmer*s rechnen können, so wenig dies auch an sich besagt. Immerhin besteht bei dieser Kranken insofern eine gewisse Berechtigung zu der Einreihung in die schizoiden Typen im engeren Sinne, als sie offenbar aus einer schizophren durchseuchten Sippe stammt.

An eine einfache hysterische Psychose kann man bei Frau Kiesel nicht denken. Es fehlt völlig der Tendenzcharakter der Psychose und vor allem vermissen wir jede Bewußtseinstrübung, wie sie für hysterische Psychosen kennzeichnend ist. Immerhin hat auch diese Psychose einen psychologischen Sinn. Sie enthebt die Kranke mit einem Male der unerträglichen seelischen Situation, stellt sie ruhig, gibt ihr freundliche Gedanken ein und läßt sie den Zustand angenehm empfinden. Aus der Psychose erwacht sie mit neuen Kräften für die Bewältigung ihrer schwierigen Lage. —

Nicht unerheblich anders liegen die Verhältnisse in dem zweiten Falle, nämlich bei

Frau Alt, 29 Jahre alt. Erblichkeit (nach Angaben des Ehemannes): Der Vater, früher Besitzer eines Gutes im Baltikum, lebt, ist Landwirt, Säufer. Ein Bruder des Vaters soll irrsinnig gewesen sein; Näheres ist nicht bekannt. Die Mutter der Pat. ist mit 52 Jahren an Herzschlag gestorben. Von den Geschwistern sind zwei Brüder in der Jugend gestorben, einer 15jährig an Grippe, einer 20jährig an Grippe und Lungenentzündung. Die älteste Schwester lebt in Moskau, ist gesund. Die zweite Schwester ist Krankenschwester in Berlin, seit Juni 1928 in der Anstalt Wittenau als Patientin, soll Verfolgungsideen haben.

Über die Jugend der Pat. weiß der Mann nichts Genaues. Sie soll immer gesund gewesen sein, soll in der Schule gut gelernt haben. Bei der Revolution verlor die Familie das ganze Vermögen, mußte 1919 nach Deutschland fliehen. Im selben Jahr Heirat. Der Mann kannte die Pat.

schon von früher her. Sie wohnten anfänglich in L., seit 1922 in M. und seit 1924 in der jetzigen Wohnung. Pat. war immer sehr still, nahm sich jedes Wort sehr zu Herzen, war leicht gekränkt und zog sich nach dem kleinsten Streit immer für mehrere Stunden zurück und sprach dann nicht mehr. Andererseits war sie sehr leicht aufgeregt und in den ersten Jahren der Ehe eifersüchtig, obwohl gar kein Grund dazu bestand. Einmal wollte sie sich, als sie ihren Mann mit einer Bauerntochter hatte über die Straße gehen sehen, sogar erschießen. Sie hat sich nie recht in die einfachen Verhältnisse fügen können und klagte immer über die schlechten Wohnungen, in denen sie leben mußte.

Menses immer regelmäßig, alle 25 Tage. Eine Geburt, eine Fehlgeburt. Der Sohn, 7 Jahre alt, ist gesund.

Pat ist heute früh $^1/_2$5 Uhr plötzlich sehr aufgeregt geworden, hat ihren Mann geweckt, hat davon gesprochen, daß etwas Furchtbares komme, daß sie verfolgt würde, daß sie ins Irrenhaus eingesperrt werden müßte. Ihre Schwester sei schon dort. Sie sei keine Hure; das hätte man behauptet. Aus dem Haus würden sie vertrieben usw. Die Erregung hat sich immer mehr gesteigert und seit 10 Uhr hat sie Schreianfälle. Die Pat. schreit dann plötzlich laut auf, stampft auch mit den Füßen, bekommt Schaum vor den Mund. Sie ging auf ihren 7jährigen Sohn, den sie sonst sehr liebt, los, so daß sie aus der Wohnung gebracht werden mußte, damit ihm nichts geschah. Auch ihren Mann griff sie an, riß ihm die Weste auf, versuchte ihn zu würgen, griff ihm nach den Genitalien. Dazwischen wurde sie ab und zu wieder ganz ruhig. Der hinzugezogene Arzt riet, sie ins Krankenhaus zu bringen. Vor 3 Tagen ist sie dem Ref. zum ersten Male auffällig erschienen. Eine im Hause wohnende Majorsgattin hatte sich darüber beschwert, daß das Kind zu laut gewesen sei, und hatte sie dabei ziemlich grob angeschrien. Pat. hat sich darüber sehr aufgeregt, blieb den ganzen Tag über verstimmt, sprach davon, daß es wahrscheinlich eine Verhandlung geben würde, daß die anderen Hausinwohner auch etwas gegen sie hätten, lief unruhig auf und ab und zog sich dann für Stunden zurück. Dieser Zustand hielt bis gestern abend ungefähr an.

Wird auf der Bahre angeschnallt eingeliefert. Verhält sich zunächst ganz ruhig, fängt aber, als man versucht, sie auszukleiden, sofort gellend zu schreien an: »Ich werde umgebracht, jetzt nehmen sie mir noch den Fuß ab, die Zunge haben sie mir abgeschnitten, die Augen ausgestochen.« Sie wehrt sich gegen das Entkleiden, schreit wieder auf, als man sie ins Bad bringt. Ruft dann: »Ein lauwarmes Bad habe ich mir gewünscht.« Plötzlich: »Ich sehe mein Gesicht im Spiegel, da gegenüber.« Behauptet, die Pflegerin sei ihre Schwester. Gibt an, heute sei der erste August, das Jahr wisse sie nicht. Sie möchte ihren Vater sehen, der Vater ist in Lettland, im Gottesländchen. »Lieb Kind hat viele Namen.« »Der junge Mann schaut mich ganz verklärt an, nimm Dein Kreuz auf dich und folge mir nach. Das ist Herbert Schulz, der hat immer gesagt, du bist meine Braut.« Sie fürchte sich vor gar nichts, »Nirvana«. Sie schreie so, weil sie aussätzig sei. »Meine Schwester ist gestern gestorben, jetzt sterbe ich« (schreit wieder gellend auf). (Warum eben so geschrien?) »Ich bin stumm.« (Sind Sie traurig?) »Siegfried, Siegfried, warum hast du mich aus dem Gottesländchen geholt! Drum steh, drum stand ich in Flammen. Ich bin jetzt operiert, ich bin jetzt eine Hure, die Gebärmutter ist mir heraus-

geschnitten worden, jetzt bin ich eine Hure, jetzt bin ich eine Hure. Wenn man keine Gebärmutter mehr hat, dann ist man eine Hure. Ich bin konsequent, ich lasse mir keinen Bubikopf schneiden.« (Schreit wieder auf.) (Eglfing?) »Das ist eine geschlossene Irrenanstalt, da muß man verschiedenes durchmachen, dann geht man ins Himmelreich ein. Da gehör ich hin. Ich bin bei lebendigem Leib eingegraben.«

Körperlich: Beim Versuch, die Pupillenreaktion zu prüfen, kneift sie die Augen zu. Die Pupillen sind übermittelweit, reagieren auf Licht und Konvergenz. Augenhintergrund beiderseits o. B. Die Zunge ist belegt, am linken Rand an der typischen Stelle stark zerbissen. Foetor ex ore.

Ausgesprochener Negativismus gegenüber allen Aufforderungen zur Funktionsprüfung.

Vorderarmreflex beiderseits sehr lebhaft mit Fingerbeugereflex. Muskulatur in der Ruhe schlaff. Bauchdecken sehr schlaff. Bauchdeckenreflexe nicht auslösbar. Knie- und Achillessehnenreflexe beiderseits vorhanden, lebhaft. Keine pathologischen Reflexe.

Gedrungen gebaute Frau. Die Hautfarbe hat einen Stich ins Gelbliche. Die Extremitäten sind leicht zyanotisch, die Muskulatur an den Extremitäten ist stark entwickelt. Die unteren Extremitäten sind wesentlich mächtiger als die oberen.

Während der körperlichen Untersuchung macht sie noch mehrfach Ansätze zum Schreien, unterdrückt aber die Schreie, wenn man sie rechtzeitig dazu auffordert.

Verlauf: 4. 8. 28: Pat. konnte gestern nur nach reichlichen Schlafmittelgaben zur Ruhe gebracht werden. Als sie in der Nacht aufwachte und den Arzt sah, rief sie ihn ans Bett und erklärte ihm in ganz ruhigem und geordnetem Tone, daß ihr jetzt alles klar sei, daß sie sich auch auf diesen ganzen Zustand noch genau besinnen könne und sich über ihr eigenes Verhalten sehr schäme. Sie müsse sich wohl jetzt von ihrem Mann trennen; denn nachdem sie solche Schwierigkeiten gemacht habe, sei wohl ihre Rückkehr in die alte Wohnung und wohl auch die Fortsetzung der Ehe unmöglich geworden. Sie hoffe aber noch, daß ihr Mann ihr verzeihe. Berichtet sodann über Einzelheiten aus ihrem Zustand ganz zutreffend.

Am heutigen Tage vollkommen geordnet und orientiert, äußert dieselben Befürchtungen wie in der Nacht. Sie erinnert sich aller Einzelheiten des vergangenen Zustandes. Weiß, wann sie die verschiedenen Ärzte zum ersten Male gesehen hat, weiß, wie man sie in den Sanitätswagen gebracht, hier gebadet und in ihr Bett gelegt hat, wie sie geschrien hat und wie sie die Umstehenden angepackt hat, wie sie dem Arzt ein Stück Papier neben seinem Füllfederhalter aus der Tasche gezogen und zerknittert hat und mehrere solche Einzelheiten. Geschrien hat sie, weil sie solche Angst hatte. Sie hatte nämlich die Vorstellung, daß sie krank sei und erst gesund werden könnte, wenn sie etwas ganz Furchtbares, und zwar durch Krankheit, durch eine Geschlechtskrankheit, entsetzlich entstellte Gesichter gesehen hätte. Dieser furchtbare Anblick stünde ihr bevor und nur dadurch könne sie gesund werden. Gesehen hat sie die Gesichter nicht, sondern sie meinte immer, daß sie gleich kommen müßten, und dann schrie sie. Manchmal meinte sie auch, ihren Vater müsse sie gleich sehen oder ihre Geschwister. Und auch die seien dann entstellt. Und obwohl sie gesund werden sollte, fürchtete sie, sich bei diesem Anblick anzustecken

oder gar zu sterben. Viel Religiöses sei ihr eingefallen. Und deshalb habe sie auch Sachen gesagt, daß man sein Kreuz auf sich nehmen solle, und anderes. Auch um ihren Mann habe sie große Angst gehabt.

6. 8. 28. Nach dem Besuch ihres Mannes war die Pat. recht verstimmt und ängstlich. Sie fürchtete immer noch, daß ihr Mann sich von ihr scheiden lassen wolle, weil sie doch geisteskrank sei usw. Sie hatte mit dem Mann alles durchgesprochen, was sie in dem Aufregungszustand zu Hause gesagt und getan hatte, und konnte sich an alles noch erinnern. Nur daran nicht, daß sie, wie der Mann sagte, auf ihr eigenes Kind losgegangen sei und es habe erwürgen wollen. Verlangt fortwährend nach den Ärzten, möchte in ein Privatzimmer, behauptet, ihr Aufenthalt hier sei eine Strafe, vielleicht auch eine gerechte. Dies schlechte Essen hier könne sie unmöglich zu sich nehmen, hat fortwährend Extrawünsche, ein Schnitzel usw. In der Frauenklinik habe sie das doch auch bekommen. Es sei ein schlechtes Krankenhaus; dann solle man sie wenigstens zweiter Klasse legen.

11. 8. 28. Die Pat. ist jetzt vollkommen geordnet geworden. Sie berichtet nun ganz ausführlich über die Schwierigkeiten, die sie in ihrer Ehe und besonders in ihrer jetzigen Wohnung gehabt hat. Mit ihrem Mann sei es überhaupt recht schwierig auszukommen, und sie habe den Eindruck, daß er von ihr loskommen wolle. Sie würde auch nichts dagegen haben und würde schon sehen, selbst durch die Welt zu kommen; arbeiten könnte sie. Sie wohnt zur Untermiete bei einer Frau X., die selbst wohl ein nicht ganz einwandfreies Leben führt und fortwährend gegen die Pat. stichelt. Jeden Tag sei ihr die Unterhaltung mit dieser Frau eine Qual. Sie habe eine so unangenehme Art, spitze Bemerkungen zu machen, daß man sie nie fassen und ihr nie heftig entgegentreten könne. Sie hat ihren Mann schon seit Monaten wiederholt gebeten, doch endlich umzuziehen. Dieser war aber nie dazu zu bewegen, und begründete das immer mit seiner augenblicklich schwierigen Stellung. Er wird diese Stellung im April verlieren; sie müsse eben noch bis zum April dort aushalten. Im Ärger habe sie ihm sogar einmal vorgehalten, er habe mit Frau X. ein Verhältnis, wofür sie, wenn sie es sich ernsthaft überlegte, jedoch keinerlei Beweis habe. Weiterhin hat sie in der letzten Zeit eine Menge Briefe von ihrer jetzt in der Anstalt Wittenau internierten Schwester bekommen, die ihr ganz geordnet schrieb. Diese hat darin schwere Anschuldigungen gegen ihren Vater erhoben, behauptet, daß sie selbst ganz gesund sei und ihre Internierung nur ein Verrat des Vaters gegen sie sei. Auf Pat. hat das einen großen Eindruck gemacht. Sie wagte ihrem Mann gegenüber nicht darüber zu sprechen und bei ihrer Einstellung gegen ihren Vater hielt sie es für möglich, daß ihre Schwester recht habe. Dabei sind ihr ihre Konflikte mit ihrem Vater, der durch eigene Schuld, durch Trinken und Spielen, das ererbte Rittergut so weit heruntergebracht habe, daß für die Töchter schließlich nicht einmal mehr eine Aussteuer da gewesen sei, wieder hochgekommen. Durch all diese Dinge sei sie allmählich in einen Zustand übermäßiger Gereiztheit gekommen, der sie die Streitigkeiten in der Wohnung noch besonders schwer habe nehmen lassen.

Der Ehemann, der jetzt öfters erscheint, läßt immer mehr die Absicht durchblicken, die Gelegenheit zu benützen, sich von seiner Frau zu trennen. Schließlich einigt man sich dahin, daß das Kind, welches er gefährdet

glaubt, in einem Kinderheim untergebracht wird, und die Frau in einigen Tagen nach Hause zurückkehren soll.

15. 8. 28. Pat. ist über diesen Ausgang sehr zufrieden, ist vollkommen geordnet, nicht eine Spur zerfahren. Wird heute entlassen.

April 1929. Katamnestische Nachforschungen ergaben, daß Pat. jetzt völlig gesund ist. Sie hat es durchgesetzt, daß die Wohnung gewechselt wurde, lebt gut mit dem Manne und erinnert sich dankbar des Krankenhauses.

Zusammenfassung und Epikrise des Falles Alt:

Frau Alt ist eine 29jährige Frau, die schwer belastet ist: Vater herabgekommener Trinker, Onkel väterlicherseits geisteskrank, Schwester wahrscheinlich schizophren, und selbst immer eine eigenartige Persönlichkeit gewesen: still, schwernehmend und empfindlich, zu gekränktem, Tage andauerndem Verstummen geneigt, dabei eifersüchtig und leicht aufgeregt. Sie lebt in einem kühlen und ein wenig robusten Mann in einer reichlich schwierigen Ehe unter dürftigen und, im Hinblick auf ihre üppige Jugend, reichlich enttäuschenden Verhältnissen, noch dazu unter äußeren Wohnbedingungen, die je länger je mehr ihr zur Qual werden. Aus dieser Situation heraus wird sie schließlich in kurzen Abständen von einer Reihe schwerer Erlebnisse getroffen: sie spürt die zunehmende Entfremdung ihres Ehemannes und merkt, wie sich nachträglich als richtig herausstellt, recht deutlich, daß er sich von ihr lösen will. Die geliebte Schwester erkrankt seelisch und schreibt ihr fortgesetzt aufregende Briefe, die sie dem Mann verbergen muß. Der Ehemann ist im Begriffe, Stelle und Einkommen zu verlieren, ohne daß eine Aussicht auf neues Unterkommen besteht, und schließlich kommt es mit einer Hausbewohnerin zu einem heftigen Auftritt, von dem Pat. gerichtliche Folgen befürchten muß.

Nun wird sie ängstlich, unruhig, erscheint aber noch keineswegs psychotisch. Erst nach zwei Tagen kommt es aus dem Schlaf heraus zu einer triebhaften wilden Erregung, in der Pat. lebhaft angreift, sinnlos schreit, absonderliche Befürchtungen hegt, völlig zerfahren erscheint, kurz, einer Erregung, die einen durchaus katatonen Anstrich hat und an die nach dem Abklingen eine klare, lückenlose Erinnerung besteht. Der psychotische Zustand bricht ebenso plötzlich ab, wie er begonnen hat, schon nach weniger als 24 Stunden. Darnach erscheint die Kranke wieder völlig besonnen, geordnet, einsichtig und zeigt ein ihrer schwierigen Lage durchaus entsprechendes affektives Verhalten.

Auch hier kann nicht der leiseste Verdacht auf einen schizophrenen Prozeß bestehen, obwohl die Psychose in ihren sehr massiven Symptomen schwerlich an etwas anderes denken ließ als an eine Katatonie. Am ehesten wäre sonst noch eine epi-

leptische Erregung in Frage gekommen, niemals aber eine Erregung von psychogener Natur. Frau Alt ist bisher gesund geblieben und ist heute keine andere Persönlichkeit als die sie von jeher war.

Auch diese Erkrankung muß man also wohl zu den schizoiden Reaktionstypen rechnen. Freilich liegen hier die Bedingungen anders als im ersten Falle. Zwar finden wir auch bei Frau Alt die eigenartige, ohne Bedenken als schizoid zu bezeichnende Persönlichkeit und die Häufung schwerwiegender seelischer Traumen, aber es fehlt die dritte der wiederholt erwähnten Bedingungen, die körperliche Erschöpfung. Zum mindesten haben wir keinen hinreichenden Anhaltspunkt für erschöpfende Vorgänge, wenn die Pat. auch unter sehr bescheidenen Verhältnissen lebte. Um so bemerkenswerter ist es, daß der Fall Alt sich auch sonst ein wenig von jenem der Frau Kiesel unterscheidet. Die Psychose dauert nicht durch Wochen fort, sondern bricht nach einem schwerlich als psychotisch zu wertenden Stadium ganz akut herein, um mit dem gleichen Tage völlig abzuklingen. Es fehlt also offenbar ein die Fortdauer der psychotischen Störungen unterhaltendes Moment. Aber auch hier brauchen wir nicht nach Bedingungen, welche den Eintritt der Psychose erleichtern, zu suchen. Sie setzt nämlich aus dem Schlaf heraus und, so weit sich das nach den Inhalten schließen läßt, aus dem dissoziierten Traumerleben heraus, unvermittelt ein. Auch hier macht sich also ein Faktor geltend, welcher der Dissoziation der Psychose den Weg ebnet.

Wir möchten annehmen, daß wir in der Erkrankung der Frau Alt einen zweiten, eigenartigen Typus schizoider Reaktionen vor uns haben, der nicht allzu selten sein dürfte. Wenn wir ihn in der Klinik so gut wie nie zu sehen bekommen, so liegt dies wohl an der abnorm kurzen Dauer. Dagegen kann man nicht ganz selten aus der Vorgeschichte psychopathischer Menschen von kurzdauernden psychogenen Erregungen hören, die an Psychosen vom Typus jener der Frau Alt denken lassen.

Nach ihrer groben Verlaufsform und dem Stellenwert erinnert die Psychose der Frau Alt sehr lebhaft an die Affektexplosionen, die wir auch sonst nicht ganz selten bei Psychopathen aus unerträglichen Lagen heraus eintreten sehen. Sie hat wohl auch den gleichen befreienden Sinn. Einen ganz wesentlichen Unterschied gegenüber den gewöhnlichen psychopathischen Explosionen bedeutet nur die völlig katatone Symptomatik, die wiederum in kennzeichnender Weise auf die Ausgangspersönlichkeit zurückweist. —

Wesentlich anders als die beiden bisher genannten Krankengeschichten liegt der Fall der

Wilhelmine G., 30 Jahre alt.

Erblichkeit: Die Mutter war eine sehr gesunde und energische Frau, hatte ein eigenes Modewarengeschäft, das sie tüchtig und geschickt führte, wodurch sie sich ein ganz beträchtliches Vermögen erwarb. Sie starb nach längerer nicht ganz geklärter Krankheit. Die Geschwister der Mutter sind alle etwas nervös, sonst aber nicht auffallend. Der Bruder der Großmutter wurde mit 35 Jahren, nachdem er aus dem Feldzuge 70/71 zurückgekehrt war, geisteskrank. Er führte wirre Reden, glaubte, noch im Kriege zu sein, erklärte, er sei ein großer Feldherr, war häufig sehr erregt und mußte schließlich in einer Irrenanstalt untergebracht werden. Die Schwester der Urgroßmutter soll zwischen dem 40. und 50. Lebensjahr geisteskrank geworden sein, war oft widerspenstig, wollte ihre Kleider nicht mehr anziehen und war so bösartig, daß sie im Bett angebunden werden mußte.

Der Vater, ein geborener Pole, war Kunstmaler, früherer Akademieschüler. Er gilt in der Familie der Mutter als ein etwas liederlicher, unsteter, dabei ganz liebenswürdiger Mensch. Von der Schwester des Vaters ist nur bekannt, daß sie zu keiner ernsthaften Tätigkeit verwendbar war, keinen Beruf ergreifen konnte; ob sie geistig zurückgeblieben oder geisteskrank war, ist fraglich.

Pat. ist illegitimes Kind. Sie wuchs bei der Mutter auf, welche bald nach der Geburt der Pat. in eine Schweizer Stadt verzog und dort mit einem begüterten Kaufmann einen gemeinsamen Haushalt führte. Pat. wurde bis zu ihrem 12. Lebensjahr in dem Glauben erzogen, dieser Freund der Mutter sei ihr eigener Vater. Pat. war ein normales, gesundes Kind. Von Kinderkrankheiten ist nichts bekannt. Sie besuchte eine höhere Mädchenschule, die sie ohne besondere Schwierigkeiten absolviert hat. Aufgefallen ist an ihr, daß sie schon als Kind nie eine intime Freundin fand, lieber mit Jüngeren zusammen war und ungern in größere Gesellschaften ging. Sie schloß sich nach der Pubertät am meisten ihrer um zwei Jahre jüngeren Kusine an und wurde dann, wenn diese, die viel weniger an ihr hing, sich mit anderen abgab, leicht eifersüchtig. Sie war immer leicht beleidigt, zog sich schnell zurück, fühlte sich oft überflüssig. Mit 15, 16 Jahren hatte sie mehrfach Anfälle, die nur nach Aufregungen, nach Auseinandersetzungen oder Ermahnungen von seiten der Mutter auftraten, wobei sie sich dann auf den Boden warf, schrie und um sich schlug. Bis zum Tode der Mutter im Jahre 1925 half sie dieser im Haushalt, beschäftigte sich viel mit Zeichnen und lernte auf der Mutter ausdrücklichen Wunsch Klavierspielen, was ihr selbst nie viel Freude machte. Mit 26 Jahren trennte sie sich von ihrem Pflegevater, kam nach M., wo sie eine Malschule besuchte. Sie beabsichtigte, später die Akademie zu besuchen, um sich als Kunstmalerin auszubilden, doch waren ihre Leistungen wohl nur mittelmäßig. In M. lebte sie allein, hatte zwei kurzdauernde Liebesverhältnisse, wobei sie wohl stets innerlich recht unbeteiligt war. 1926, als ihr zweiter Freund sich von ihr gelöst hatte, erschien sie ihren Verwandten zum ersten Male auffallend. Sie behauptete, sie werde beobachtet, ihr Freund habe Spione aufgestellt, sie solle kompromittiert werden, eine Menge Leute, auch Nachbarn und ihr fremde Caféhausbesucher, wüßten von ihrer Geschichte. Eines Nachts war sie so erregt, sprach so viel von ihren Verfolgungsideen, daß ihre Wirtin einen Arzt rufen mußte, der sie erst durch eine Injektion zur Ruhe brachte. Es trat dann für einige

Wochen Beruhigung ein. Auf einer Reise, die sie mit ihrer Tante unternahm, benahm sie sich gegen diese so taktlos und ausfallend, daß diese sich nach wenigen Tagen von ihr trennte. Auch nach ihrer Rückkehr machte sie ihren Verwandten ganz unbegründete Vorwürfe, daß sie in Vermögensangelegenheiten benachteiligt sei, so daß man eine Geisteskrankheit vermutete und sie in die Behandlung eines Psychiaters brachte. Es wurde eine Schizophrenie diagnostiziert.

Sie wurde in einem Arzthaushalt im Gebirge untergebracht, wo die paranoiden Ideen bald ganz wichen. In häufigen Aussprachen mit dem dortigen Arzt erzählte sie dann rückhaltlos von ihren masochistischen Vorstellungen und Wachträumereien, denen sie sich seit ihrer Pubertät immer wieder hingab. Seit Ende 1927 traten öfters reaktive Erregungszustände auf, wobei sie heftig weinte und darnach sich selbst beschuldigte. Während sie immerhin am Anfang ihres Landaufenthaltes sich etwas im Haushalt und mit Handarbeiten beschäftigte, lag sie seit Frühjahr 1928 fast dauernd untätig im Bett. Im Laufe dieses Jahres wurde eine sich langsam entwickelnde Vergrößerung der Schilddrüse festgestellt, weshalb am 4. Oktober eine Kropfoperation vorgenommen wurde. Die Operation selbst hat sie glatt überstanden. In ihrem Testament, das sie kurze Zeit vor der Operation machte, setzte sie ihren Pflegevater, den einzigen Menschen, der ihr nach der Mutter Tode nahestand, zum Erben ein. Die Erbschaft wurde von diesem abgelehnt, eine Nachricht, die sie zunächst ohne sichtbare Gemütsbewegung aufnahm. Am dritten Tage nach der Operation sprang sie, ohne daß man vorher etwas akut Psychotisches an ihr bemerkt hatte, plötzlich aus dem Fenster, und wurde im Garten leicht verletzt aufgefunden. Sie war dann sehr erregt, teilweise schien sie ganz verwirrt, sprach fortwährend von Reflexen, von Spiegeln, durch die sie beleuchtet werde, von Luftschiffen, dann wieder von ihrem Arzt, großenteils ganz unverständlich. Dieser Zutand dauerte einige Stunden und als sie in dem Arzthaushalt, wohin sie sofort transportiert wurde, ankam, war er vollständig vorüber. Die Pat. selbst hatte gar keine Erinnerung mehr daran. In den nächsten Tagen war nur noch auffallend, daß die Pat., die sich sonst ganz geordnet und ruhig unterhielt, für ganz kurze Momente, höchstens minutenlang, verändert schien, ihre eigenen Angehörigen nicht erkannte, die sie mit Sie anredete und offenbar für andere Personen hielt. Am 14. 10. wurde die Pat. auf der hiesigen Abteilung aufgenommen.

Pat. ist unter mittelgroß, erscheint für ihr Alter auffallend jung im Aussehen und zeigt körperlich sonst keinerlei Besonderheiten.

Sie ist vollkommen ruhig und geordnet. Während der Exploration werden keinerlei Bewußtseinstrübungen beobachtet. Sie gibt auf alle Fragen bereitwillig, aber sehr weitschweifig und mit einer übertriebenen Genauigkeit Auskunft, so daß man über die zeitlichen Zusammenhänge ihres Lebenslaufs und ihrer Erlebnisse nur schwer einen Überblick gewinnen kann. An den Suizidversuch selbst kann sie sich gar nicht erinnern. Sie weiß aber noch genau, wie sie ans Fenster ging und sich überlegte, ob sie auch wirklich tot wäre, wenn sie sich hinausstürzen würde, und wie sie dann von dem Gedanken eines Selbstmordes wieder Abstand nahm. Ebenso fehlt ihr die Erinnerung für die nachfolgenden Stunden ihres Erregungszustands und sie entsinnt sich erst wieder, wie sie nach dem Transport ihren Arzt wiedersah. Vor dem Selbstmordversuch hatte sie merkwürdige Erlebnisse,

die sie sich selbst nicht erklären kann. Im Bett liegend sah sie an der gegenüberliegenden Wand und über ihre Bettdecke hinweg Reflexe huschen, von denen sie ohne weiteres annahm, daß sie von einer elektrischen Lampe, die zu ihrer Beobachtung im Nebenzimmer aufgestellt sein müßte, herrühren. Sie fühlte sich gezwungen, nach diesen Reflexen zu blicken, und wenn sie es tat, hörte sie eine männliche Stimme sprechen: »Jetzt sieht sie hin«, worauf eine weibliche antwortete: »Ja«. Nun konnte sie überhaupt keine Bewegung mehr machen, ja, überhaupt keinen Gedanken mehr fassen, ohne daß die Stimme, die sie aus einem Nebenraum zu hören meinte, alles mitsprach, während eine andere es bejahte. Schließlich wurde sie durch diese Wechselgespräche zum Beten, zum Händefalten, zum Abbittetun gezwungen, und als sie hörte, sie werde jetzt gleich geschlagen, bemächtigte sich ihrer ein seltsames, bis dahin ungekanntes Wohlbefinden. — Daran anschließend berichtet sie mit einer geradezu überraschenden Offenheit über ihre masochistischen Wachträumereien, denen sie seit ihrer Pubertät immer wieder nachhängt. Öfters hat sie dabei masturbiert; eine Zeitlang pflegte sie sich mit einer Peitsche selbst zu schlagen. Sie macht sich darüber keinerlei Selbstvorwürfe, sondern bezieht diese Dinge ohne weiteres auf ihre Krankheit.

3. 11. 28. Die Strumektomienarbe ist gut verheilt. Die beim Sturz zugezogenen Schürfwunden sind vernarbt. In der ganzen Berichtszeit sind keinerlei Bewußtseinstrübungen mehr beobachtet worden. In mehreren Explorationen berichtet sie immer genauer über ihre Erlebnisse vor und während ihres kurzdauernden psychotischen Zustandes. Sie fühlte sich schon lange sehr vereinsamt und stets in ihrer Stellung zu ihrem Pflegevater, an dem sie im Grunde sehr hängt, recht unsicher. Welche Lieblosigkeit in der Ablehnung der Erbschaft durch ihren Pflegevater lag, wurde ihr eigentlich erst, nachdem die Operation selbst vorüber war, völlig klar. Sie kam sich trostlos verlassen vor und fühlte sich im Innersten beleidigt. Dabei sind ihr dann die Gedanken an einen Selbstmord gekommen und sie entsinnt sich jetzt auch, daß sie, bevor sie die oben geschilderten psychotischen Erlebnisse hatte, an diese Kränkung durch ihn und ihre eigene Verlassenheit gedacht hatte. Auch als sie ans Fenster trat, um sich hinunterzustürzen, war sie wieder mit solchen Gedanken beschäftigt. Ebenso ist die Erinnerung an die psychotischen Erlebnisse nach dem Suizidversuch jetzt fast vollständig vorhanden.

Hier auf der Abteilung zeigt sich die Pat. recht infantil und naiv. Sie zeigt auf der einen Seite eine rückhaltlose Offenheit, während sie andererseits manche Dinge, auch Kleinigkeiten, in ziemlich plumper Weise zu verbergen sucht. Antriebsschwach, ist sie trotz vielen Zuredens kaum zu einer Beschäftigung zu bringen. In ihrer Lektüre kommt sie nur ganz langsam vorwärts. Das Zeichnen hat sie nach einem kleinen mißlungenen Versuch wieder ganz aufgegeben und oft wird sie angetroffen, wie sie mit wehmütiger Miene träumerisch versunken auf dem Divan liegt. Ihre geringe Neigung zu einer ernsthaften Beschäftigung entschuldigt sie fortwährend mit ihrer Krankheit. Einmal ist sie zu müde, ein andermal hat sie Kopfweh und besonders hofft sie von ärztlicher Seite Trost zu finden, wenn sie berichtet, daß sie wieder von masochistischen Vorstellungen geplagt wird.

17. 12. 28. Pat. hat im Laufe dieses Monats einige Weihnachts-

arbeiten gemacht, auf die sie sehr stolz ist und worüber sie gern ein Lob hört. Sie ist jetzt im allgemeinen etwas heiterer geworden, fügt sich in übertriebener Weise allen Anweisungen wie ein Kind, das besonders brav erscheinen will. Über ihre Zukunft macht sie sich anscheinend selbst wenig Gedanken, sondern überläßt dies alles dem Pflegevater und dem Arzt. Hinter ihren Beteuerungen, daß sie gern arbeiten möchte und eine Tätigkeit braucht, scheint kein ernsthafter Antrieb zu stecken. Im Gegenteil hat sie sich jetzt hier so eingerichtet, als ob sie noch längere Zeit hier bleiben wollte. Bei allen Besprechungen über ihre Zukunft schiebt sie immer wieder ihre Krankheit vor, daß sie sich noch nicht sicher fühlt, daß ihr doch noch so leicht die Tränen kommen und daß sie den sexuellen Versuchungen noch nicht gewachsen ist. Wird heute in ein Sanatorium in den bayerischen Vorbergen verlegt.

Am 29. Januar 1929 kommt Pat. wieder zur Aufnahme. In dem Sanatorium ist es anfänglich ganz gut gegangen. Sie hatte da einen festen Stundenplan, den sie zunächst mit peinlicher Genauigkeit einhielt. Allmählich wurde sie aber nachlässiger. Sie hatte eine ältere Freundin gefunden, mit der sie schließlich den ganzen Tag zusammensteckte, eine Freundschaft, aus der sich allmählich ein homosexuelles Liebesverhältnis entwickelt hatte. Auf Vorstellungen des Arztes hin wurde sie erregt, es kam zu Auftritten, die ihre Entfernung aus dem Sanatorium notwendig machten.

Die Pat. selbst stellt die Vorkommnisse so dar, als ob sie sich vor den Annäherungen der Freundin nicht habe retten können, und ist über ihre Rückverlegung teils empört, teils verschämt. Besonders unangenehm ist ihr der Gedanke, daß ihr Pflegevater über den Vorfall verärgert sein könnte. Sie selbst schiebt natürlich alles wieder auf ihre Krankheit und nur, wenn sie getröstet werden will, kommt sie mit Selbstvorwürfen.

10. 2. 29. Nach einem Besuch ihres Pflegevaters, der sie ziemlich barsch behandelte und jetzt entschlossen ist, sie in einem Haushalt unterzubringen, wo sie zu regelmäßiger Tätigkeit gezwungen werden soll, ist die Pat. sehr erregt. Sie weint, läßt nachts den Arzt rufen und erhebt eine Menge Vorwürfe gegen ihren Pflegevater. Er hat sie von ihrer Kindheit an gequält, er ist daran schuld, daß sie als uneheliches Kind sich vor anderen schämen mußte, er hat sie nicht zur rechten Zeit auf eine Malschule geschickt, er hat sie durch seine Lieblosigkeit zu dem Selbstmord getrieben, und jetzt will er sie, die Künstlernatur, in die Tretmühle niederer Hausarbeit stecken. Nachdem sie sich dann am nächsten Tage beruhigt hat, erklärt sie wieder mit einem bitteren Unterton, sich in alles fügen zu wollen, sie sei zu der Überzeugung gekommen, daß Pflegevater und Arzt für sie das Beste im Sinn hätten, spielt aber schon wieder ihre Krankheit aus, und am zweiten Morgen appelliert sie wieder an das Mitleid, weil sie trotz besten Willens in der Nacht von sexuellen Vorstellungen geplagt wurde.

Mai. Seither ist Pat. an eine regelmäßige Beschäftigung gewöhnt worden. Auf Schwierigkeiten und unangenehme Nachrichten antwortet sie regelmäßig mit dem Hervorheben paranoider Ideen, bis sie, durch Nichtbeachtung bzw. schroffe Abweisungen in die Enge getrieben, auch dies aufgegeben hat.

Zusammenfassung und Epikrise des Falles Wilhelmine G.:

Völlige Klarheit darüber, ob wir es bei dieser Kranken nur mit einer von jeher debilen und eigenartigen Persönlichkeit zu tun haben oder ob wir in dem gegenwärtigen Zustand nicht doch das Ergebnis eines schleichenden schizophrenen Prozesses sehen müssen, ist nicht zu erlangen. Es fehlen freilich alle sicheren Kennzeichen einer Schizophrenie, wenn auch eine Reihe von Zügen, wie die Torpidität, die Gespreiztheit und der Autismus den Verdacht auf einen Prozeß sehr nahelegen. Immerhin lassen sich auch diese Züge noch als das Ergebnis der Entwicklung einer von je debilen und verschrobenen Persönlichkeit unter dem Einfluß eines ganz besonderen Schicksals deuten.

Auf die Entscheidung dieser Frage kommt es in unserem Zusammenhange jedoch nicht wesentlich an. Was hier interessiert, sind die beiden Arten abnormer seelischer Reaktion, die wir, fast wie im Experiment, bei Wilhelmine G. beobachten können.

Die Kranke zieht sich nämlich auf der einen Seite bei jeder Anforderung, die ihr nicht behagt, und bei jedem peinlichen Erlebnis, das ihr begegnet, in eine Reaktion zurück, die sie gern ihre Krankheit nennt: sie wird verstimmt, gekränkt, paranoid, mißdeutet jedes Wort in empfindlich-feindseligem Sinne und produziert unter masturbatorischen Akten masochistische Phantasien, Erscheinungen also, die man in ähnlicher Weise bei paranoiden und debilen Psychopathen oft genug beobachten kann und die keinerlei spezifisch schizophrenen Anstrich haben.

Außerdem aber hat Wilhelmine G. eine völlig schizophren gefärbte kurz dauernde Psychose durchgemacht und zwar im unmittelbaren zeitlichen Zusammenhange mit je einem schweren seelischen und körperlichen Trauma. Wegen einer Struma muß sie sich operieren lassen; sie macht ihr Testament und setzt den Freund der Mutter und zugleich ihren Pflegevater, zu dem sie eine seltsam ambivalente Einstellung hat, zum Erben ein. Dieser weist die Erbschaft zurück. Dabei enthüllt sich der Kranken mit einem Schlage die sonst wohl meist verdrängte oder doch nur in günstigem Lichte gesehene äußerst schiefe Lage, in der sie sich befindet, in ihrem vollen Umfange. Sie ist aufs tiefste gekränkt. Dennoch bleibt sie zunächst psychisch völlig unverändert.

Unmittelbar nach der Operation jedoch kommt es, allem Anschein nach im Zusammenhang mit der Resorption von Schilddrüsenstoffen, zu einer kurzdauernden schizophren gefärbten Psychose: die Pat. halluziniert imperative Stimmen, nimmt eigen-

artige Stellungen ein, fühlt sich beeinflußt, bespiegelt, hypnotisiert und unternimmt schließlich einen ernsten Selbstmordversuch.

Nach ganz wenigen Tagen hat die Psychose dem Habitualzustand Platz gemacht und nunmehr erfährt man von der autistischen Pat. ganz allmählich, daß in der Psychose die schwere Kränkung durch den Vater und die früheren kränkenden Erlebnisse mit ihm eine beherrschende Rolle gespielt und daß sie auch zu dem Suizidversuch geführt haben.

Wir sehen also bei Wilhelmine G. neben den gewöhnlichen psychopathischen Ausfluchtsreaktionen und Spiegelfechtereien eine dissoziierte schizophrene Reaktion. Und diese kommt in dem Augenblick zustande, in dem die wiederholt erwähnte Trias von Bedingungen erfüllt ist: die eigenartige Ausgangspersönlichkeit wird zugleich von einem schweren seelischen Trauma und einem körperlich angreifenden und umstellenden Vorgang, einer Strumektomie, getroffen.

Man könnte den Einwand machen, daß es sich hier um eine rein toxische Erkrankung dieser schizoiden Persönlichkeit gehandelt habe. Solche Störungen gehören aber doch zu den großen Seltenheiten und, wenn sie sich einmal einstellen, dann weisen sie in der Regel jenen typisch exogenen Anstrich auf, der bei Wilhelmine G. zweifellos gefehlt hat. Auch bei ihr ist, wie bei allen besprochenen Reaktionen, die Erinnerung an die Psychose eine selten klare und lückenlose.

Es entspricht der besonderen Persönlichkeit der Wilhelmine G., daß selbst in ihrer schizoiden Reaktion der Tendenzcharakter sich nicht verbirgt. In der Tat hat die Psychose der Kranken eine neue intensive fürsorgliche Einstellung des Pflegevaters gebracht.

Zusammenfassung und Schluß.

Es wurden drei Krankengeschichten mitgeteilt, die in das Gebiet des schizophrenen Reaktionstyps gehören, die aber jede für sich besonders gelagert sind. Die Psychose der Frau Kiesel entspricht in ihrem Aufbau und im Hinblick auf die Entstehungsbedingungen völlig den Kriterien, die *Lange* bei den von ihm beschriebenen Kranken herausgearbeitet hat, d. h. hier kommt es zu einer kurzdauernden, völlig abheilenden, schizophren anmutenden Psychose bei einer von jeher eigenartigen, »schizoiden« und schizophren belasteten Persönlichkeit unter dem Einflusse einer drängenden Fülle schwerer seelischer Erlebnisse und einer gänzlich ungewohnten, erschöpfenden körperlichen Tätigkeit.

In dem zweiten Falle fehlt die letztere Bedingung. Dafür drängt sich jedoch die Psychose, eine ganz kataton anmutende Erregung, in den engen zeitlichen Raum von wenigen Stunden zusammen. Es scheint also ein die psychotischen Störungen un-

terhaltender Vorgang zu fehlen. Eine auslösende Hilfsbedingung fehlt jedoch nicht. Die Psychose tritt bemerkenswerter Weise nicht am Tage auf, sondern setzt aus dem Schlaf und, soweit man nach den Inhalten schließen kann, aus dem dissoziierten Traumerleben heraus ein. Die übrigen Bedingungen entsprechen durchaus jenen des ersten Falles. Auch hier haben wir es mit einer schizoiden Persönlichkeit zu tun, die in unmittelbarer zeitlicher Folge von mehrfachen schweren seelischen Traumen getroffen wird und zudem seit langer Zeit in einer unhaltbaren, quälenden Lage lebt. Die Psychose stellt gewissermaßen eine befreiende Explosion dar und entspricht insofern den gewöhnlichen psychopathischen Affektexplosionen. Wir glauben im Falle Alt einen anderen, eigenartigen Typ schizophrener Reaktion vor uns zu haben, der uns auch sonst aus der Vorgeschichte psychopathischer Menschen bekannt ist.

In dem dritten Falle endlich finden wir neben häufigen, psychopathisch anmutenden paranoid-depressiven Zweckreaktionen eine kurzdauernde Psychose von schizophrenem Anstrich mit voller Restitution, bei der wiederum die erwähnte Trias von Bedingungen erfüllt erscheint, nur daß hier die Erschöpfung ersetzt ist durch eine der Psychose unmittelbar voraufgehende Strumektomie.

Unsere Beobachtungen bestätigen also die Bedeutung der Aufstellungen *Popper*s, die vor allem in ihrer praktischen, prognostischen Wichtigkeit gegeben ist und die, wenn man nach der Literatur schließen darf, noch nicht die genügende Würdigung gefunden hat. Daneben zeigen unsere Ausführungen, daß in der Tat die Darlegungen *Lange*s zutreffen dürften, wenn man ihnen auch eine etwas weitere Fassung geben muß. Die Erschöpfung scheint keine unerläßliche Bedingung für das Auftreten schizoider Reaktionen zu sein; sie kann offenbar durch andere Bedingungen ersetzt werden, von denen wir den schweren Traum und die eingreifende Operation kennen gelernt haben.

Zur Therapie und Pathogenese einiger sog. funktioneller psychischer Erkrankungen *).

Von

Dr. med. et phil. **P. Prengowski,** Primärarzt des Krankenhauses.

Vorläufige Mitteilung.

Die Pathogenese der sog. funktionellen Psychosen gehört zu den am wenigsten aufgeklärten Problemen der Psychiatrie. Es gibt in diesem Gebiete hauptsächlich nur Voraussetzungen, die aus der Deduktion entstanden sind, und Hypothesen, für die keine Beweise von empirischem Charakter vorhanden und die nicht auf Angaben der Erfahrung gestützt sind. Die Erforschung auf empirischem Wege des Wesens dieser Psychosen, ihrer Pathogenese und die Sammlung des Beweismaterials für diesen Zweck, auf Grund der Erfahrung, ist eine Aufgabe der psychiatrischen Lehre.

Zu den wichtigen Beweisen in diesem Gebiete, obwohl sie keine entscheidende Bedeutung haben, gehört die Hinweisung auf die Erfolge der Behandlung, die gemäß der pathogenesischen Hypothesen angewandt wird.

In dieser Richtung beobachtet man seit einiger Zeit therapeutische Versuche, die aus der Voraussetzung entstammen, daß die Toxikose oder die Infektion Ursprung einiger psychischen sog. funktionellen Erkrankungen sind. So muß hier vor allem die in Amerika entstandene Tendenz, die Piorrhea als Quelle der Dementia praecox zu betrachten erwähnt werden, welche Idee die amerikanischen Kollegen zum Kurieren oder Entfernen von kariösen Zähnen und zur sorgfältigen Pflege des Mundes bei genannten Kranken leitet. — Hierzu gehört einigermaßen, bei funktionellen Psychosen, auch die Behandlung mit Nuklein-Injektionen und Malaria-Impfungen.

Angesichts der bekannten Tatsache, daß in vielen akuten psychischen Störungen namentlich in den Zuständen des sog.

---

*) Aus dem städtischen psychiatrischen Krankenhaus St. Johannes in Warschau.

Deliriums acutum und subacutum irgend welche allgemeine Infektionen bestehen, welche Fieber hervorrufen, unternahm ich es, diese Infektionen in der Annahme zu bekämpfen, ob hier nicht zwischen Infektion und psychischen Störungen ein ursächlicher Zusammenhang vorhanden ist. Die günstigen Resultate der Behandlung solcher Fälle mit Propidon (Delbet's Methode), habe ich zweimal publiziert[1]). Nach meinen beiden erwähnten Veröffentlichungen erschien die Arbeit von *P. J. Reiter*[2]), welche von der Anwendung der Mangansalze allein und in Verbindung mit der Colibac: Vakzine oder mit Opotherapie bei Dementia praecox handelt, da diese Psychose, nach *Reiter*, ein endokrines Leiden oder eine Toxininfektion oder endlich das eine oder das andere ist.

Diese Arbeit berichtet von 26% Genesungen (völligen Remissionen) und 22% weit fortgeschrittenen Remissionen an, d. h. im ganzen 48% von überaus günstigem Erfolge der Behandlung — in den früheren, wie der Verfasser hinweist, Stadien der Dementia praecox.

Seit meinen zwei ersten Veröffentlichungen in dieser Frage habe ich den Kreis meiner entsprechenden Beobachtungen in zwei Richtungen erweitert: 1. beschäftige ich mich auch mit den Fällen der leichteren akut entstehenden sog. funktionellen psychischen Störungen. Eine sorgfältige somatische Untersuchung dieser Kranken, besonders das Messen der Temperatur (wenn möglich im Rectum), die Beobachtung des Vorhandenseins von Herpes labialis, des Zustandes der Zunge (ob sie belegt ist), der Mandeln, des weichen Gaumens, der hinteren und seitlichen Wände der Pharynx und oft der unteren Luftwege — führen mich zu dem interessanten Ergebnis, daß Infektions- und Entzündungszustände nicht nur in akut entstandenen schweren psychischen Zuständen, in den sog. Delirium acutum und Delirium subacutum, sondern auch in sehr vielen Fällen von akut entstandenen leichteren psychischen Störungen vorhanden sind, hauptsächlich in denen, in welchen man die Symptomenkomplexe von sog. Paranoia acuta oder hallucinatoria, Status depressivo-deliriosus, Status maniaco oder depressivo-amentivus findet.

2. Außer Propidon fing ich an auch andere Heilmittel anzuwenden, die gleicherweise gegen Infektion und Entzündungsprozesse im Organismus wirken. In erster Reihe machte ich Ver-

[1]) a) »Vier mit Propidon behandelte Fälle deliranter Zustände mit Fieber«. Psychiatr. Neurolog. Wochenschrift. Internationales Korrespondenzblatt, Nr. 27, 1926, Juli.

b) »Traitement vaccinothérapeutique (Méthode Delbet) de l'excitation psychique chez les délirants fiévreux«. Le progrès médical N 8 de 19. II. 1927.

[2]) »Metallsalzbehandlung nach Walbum«, Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psychiatrie 1927, Bd. 108 H. 1—3 pp. 464—480; eingegangen 22. I. 1927.

suche mit Injektionen von Pepton-Bouillon (derselben, die ein Bestandteil des Propidons bildet, und gar keinen bakteriellen Zusatz enthält[3]) sowie der kolloidalen Verbindung von Gold[4]). Später fing ich an die Behandlung mit Propidon mit Aurol-injektionen zu kombinieren und diese letztere mit der Behandlung mit Nuklein evtl. Lac steril[4a]) in der Art, daß ich die schwereren Fälle mit bedeutender Infektion zuerst mit Propidon behandelte — dabei die Herztätigkeit energisch stärkend —, darauf ging ich zur Anwendung des Aurols über und bei fieberlosem Zustand wandte ich außer Aurol (gewöhnlich einmal aller 4—7 Tage), Nuklein- evtl. Lac steril-Injektionen wöchentlich einmal an, mindestens ein paar Monate lang. Seit einiger Zeit wende ich in schweren Fällen, mit hoher Körpertemperatur und bedeutender Infektion, die kombinierte Propidon-Aurol-Behandlung in der Weise an, daß ich mit einer Aurol-Injektion beginne, worauf nach 6—8 Stunden Propidon-Injektion (4—3 cm^3 auf einmal oder zweimal, mit zweistündiger Pause, je 2 cm^3 Propidon) und nach weiteren 24—30 Stunden wiederum Aurol-Injektionen folgen, — bei energischer Stärkung der Herztätigkeit. Wenn es nötig ist, d. h. wenn die Körpertemperatur der Kranken stark gesteigert bleibt, werden weitere 2—3 Propidon-Injektionen, eventuell mit interkurrenten Aurol-Injektionen, gegeben und nachher wird die reine Aurol- eventuell Aurol-Nuklein- (Lac steril) Behandlung weitergeführt. — In leichteren Fällen, mit geringerer Infektion, fing ich sofort mit Aurolinjektionen an und nachdem der fieberlose Zustand festgestellt wurde, fügte ich, wie vorher gesagt, Nukleinbehandlung evtl. Lac steril hinzu. — In den Fällen, die sich in früheren Stadien der Krankheit, jedoch schon in einem fieberlosen Zustande befinden, wandte ich zugleich die Aurol-Nukleinbehandlung (evtl. Lac steril) an. — Außerdem in Fällen, die für die Behandlung leicht zugänglich waren — es sind gewöhnlich leichtere Fälle — wandte ich bei Beginn der Krankheit, während einiger Tage, außer den erwähnten Hilfsmitteln auch an: 1. Chinin abwechselnd mit Salizylaten, wie auch Aufwärmung des Kranken; das letztere wurde einmal täglich, durch das Darreichen von heißem Tee mit Zitrone und warmes Bedecken des Kranken, im Bette, in gut erwärmtem Zimmer hervorgerufen; 2. lokale Behandlung des Entzündungsprozesses, insofern der-

[3]) Die Firma L. Spieß in Warschau versorgte mich mit diesem Peptonbouillon, der Pepton minus bakterische Bestandteile ist.

[4]) Aurum colloidale, hydrogenis depucratum (Electo-aurol), hergestellt von der Firma Fr. Karpinski, Aktiengesellschaft, Warschau, Elektoralnastr. 35.

[4a]) Die tuberkulösen Kranken eignen sich für die langdauernde Behandlung mit Aurol sowie für die Protteintherapie nicht.

selbe festgestellt wird; z. B. im Falle von Veränderungen im Gaumen oder im Pharynx ließ man mit Hydrogen-hyperoxydlösung ein paarmal täglich gurgeln, wie auch mit Lugol die ersten Tage einmal, später einmal alle zwei Tage pinseln.

In hartnäckigen Fällen, in denen die angeführte, während einiger Monate angewandte Behandlung nicht allzu große Besserung herbeiführte, fing ich in letzter Zeit an, die Malaria-Behandlung anzuwenden.

In Folgendem führe ich in abgekürzter Form die Beschreibung der behandelten Fälle an:

F. 1. Helene Kal, 31 Jahre alte Frau, befindet sich zum zweitenmal im Krankenhaus, seit 31. 1. 1927, subakuter deliriöser Zustand. Körpertemperatur 37,2°. Am 1., 5. und 9. Februar 1927 Injektionen von Peptonbouillon je 4 cm^3. Nach der dritten Injektion beruhigte sich die Kranke und wurde am 21. desselben Monats als rekonvaleszent nach Hause genommen.

F. 2. Glow, 26 Jahre alte Dienstmagd, trat in das Hospital am 13. Dezember 1926, in einem deliriösen Zustande ein, mit Körpertemperatur von 37,2°. 105 Pulsschlägen in der Minute und einem Abszeß der linken Mandel. Nach einer dreimaligen Injektion von Peptonbouillon trat eine geringe Besserung ein. Nach einer weiteren Anwendung von drei Propidon-Injektionen fing die Kranke an, schnell zu genesen, ihre subfebrile Temperatur und die Veränderungen in der Mundhöhle verschwanden. Am 15. Februar 1927 wurde sie als rekonvaleszent nach Hause entlassen.

F. 3. Cieśl, 40 Jahre alte Frau eines Arbeiters, zum zweitenmal im Hospital, seit 27. 1. 28, status deliriosus. Körpertemperatur 37,5°. Zunge bedeutend belegt. Starke Röte des weichen Gaumens und der Schleimhaut der Mandeln. Injektionen von Peptonbouillon am 27. und 30. Januar und am 3. und 8. Februar 1928. Im psychischen Zustande der Kranken unbedeutende Besserung. Körpertemperatur 37,1°. Aurolbehandlung wurde angewandt: die Kranke bekam 12 Injektionen von Aurol, die letzte am 4. Mai 1928. Im Laufe dieser Behandlung besserte sich zusehends der somatische und psychische Zustand, und am 7. Mai verließ die Kranke das Hospital so gut wie gesund und in einem fieberlosen Zustande.

F. 4. Czern, 20 Jahre altes Dienstmädchen, am 30. 1. 1928 in einem delirio-amentiven Zustande angekommen, mit Körpertemperatur 38,0° und akuten katarrhalen Erscheinungen seitens des Gaumens und der Pharynx. Nach 3 Injektionen von Peptonbouillon zeigte der Zustand der Kranken eine deutliche, obgleich geringe Besserung. Aurolbehandlung wurde angewandt und später auch Nuklein, und die Kranke verließ am 23. Mai 1928 das Hospital gesund und ohne Fieber.

F. 5. Woźn, 38jährige Arbeiterin, zum viertenmal im Krankenhaus, das letztemal seit 30. 1. 1928. Subakuter, deliriöser Zustand. Herpes labialis. Angina catarrhalis. Nach drei Injektionen von Peptonbouillon unbedeutende, aber deutliche Besserung im psychischen und somatischen Zustande. Nach weiterer Behandlung mit Aurol und später mit Aurol und Nuklein verließ Woźn am 14. April 1928 das Hospital als Rekonvaleszent.

Injektionen von Peptonbouillon habe ich mit einem ähnlichen Resultate noch in 5 anderen analogen Fällen angewandt, die ich hier nicht anführe. — Alle diese Beobachtungen weisen darauf hin, daß: 1. den Peptonbouillon-Injektionen ein günstiger Einfluß auf die Kranken nicht fehlte, daß aber dieser günstige Erfolg bedeutend schwächer war im Vergleich mit den Ergebnissen der Propidonbehandlung und daß, besonders in schweren Fällen, Peptonbouillon das Propidon nicht ersetzen kann — 2. daß dieser Unterschied in der Wirkung der Peptonbouillon und des Propidon augenscheinlich auf das Konto der bakteriologischen Bestandteile sich beziehen muß.

Schon in den drei letzten Fällen sieht man den günstigen Einfluß der Anwendung von Aurol. Dieser Einfluß erscheint ganz deutlich in folgenden 11 Fällen, die in chronologischer Ordnung ihrer Ankunft in meine Abteilung angeführt werden.

F. 6. Barcz, 21 jähriges Dienstmädchen. Status deliriosus, subfebrile Körpertemperatur. Am 29. 8. 27 ins Krankenhaus eingetreten. Nachdem sie eine bedeutende Anzahl von Aurol-Injektionen erhielt, ist sie am 31. 1. 28 von ihrer Familie in einem fast normalen Zustande und ohne Fieber nach Hause genommen worden.

F. 7. Gost, 36 Jahre alte Frau eines Rechtsanwalts. Subakuter deliriöser Zustand. Körpertemperatur 37,5⁰, 100 Pulsschläge in der Minute. Im Krankenhause seit 29. 9. 27 bis 6. 11. 27, an welchem Tage sie als gesund und ohne Fieber entlassen wurde, nachdem sie 11 Aurol-Injektionen bekam.

F. 8. Gint, 30 Jahre alte Bäuerin, am 2. 11. 27 aufgenommen mit der Diagnose: »Psychosis post partum«. Der deliriöse Zustand der Kranken entstand vier Tage vor ihrer Ankunft, sieben Tage nach ihrer Entbindung. Eine Infektion während der Entbindung wurde ausgeschlossen. Indessen wurde festgestellt: stomatitis und pharyngitis, Körpertemperatur 38,5⁰, und einige Tage nach der Ankunft parotitis dextra. Nach drei Injektionen von Aurol wurde die Kranke in einem Zustande ohne Besserung vom Mann nach Hause genommen.

F. 9. Tug, 44 jährige Kaufmannsfrau, kam am 8. 9. 27. Status deliriosus. Obesitas. Myocarditis. Körpertemperatur 37,7⁰. Pharingitis. Zunge und Lippen vertrocknet. Am 10., 11. und 14. November wurden 5, 10, 5 cm^3 Aurol injiziert. Am 14. 11. 27 ist die Kranke gestorben. Bei der Sektion ist Bronchopneumonie festgestellt worden.

F. 10. Rotm., 28 Jahre alte Kaufmannsfrau, am 29. 11. 1927 zum zweiten Male in das Hospital eingetreten mit der Diagnose: »Schizophrenia«. In der Abteilung befand sich die Kranke in depressivo-deliriösem Zustande. 110 Pulsschläge in der Minute. Subfebrile Körpertemperatur. Stark belegte Zunge. Nach sieben Injektionen von Aurol verließ Rotm. am 28. 12. 1927 das Hospital als Rekonvaleszent und ohne Fieber.

F. 11. Chm., 12 jährige Tochter enies Arbeiters. Status depressivo-

amentivus. Körpertemperatur 37,3°. In der Abteilung weilte sie vom 15. 12. 27 bis 23. 2. 28, an welchem Tage sie nach 15 Injektionen von Aurol als gesund, mit normaler Temperatur entlassen wurde.

F. 12. Szew., 34 Jahre alte Arbeiterfrau, zum zweitenmal im Hospital, am 15. 12. 1927 eingetreten mit der Diagnose: »Schizophrenia«. In der Abteilung depressivo-deliriöser Zustand. Pulsschläge 96. Zunge stark belegt. Subfebrile Temperatur. Nach 19 Aurol-Injektionen wurde Szew. am 16. 4. 1928 als geistig gesund und mit normaler Temperatur aus dem Hospital entlassen.

F. 13. Gr., 32jährige Handwerkerfrau, am 9. Januar 1928 mit der Diagnose: »Status deliriosus«, Körpertemperatur 38°, Pulsschläge 100, aufgenommen. Am 10. und 11. Januar wurde 5 und 10 cm³ Aurol injiziert. Keine Besserung im psychischen Zustande. Am 13. Januar Temperatursteigerung von 39,5°—40,5°. Am 16. 1, 28 ist Gr. gestorben. Bei der Sektion wurde Bronchiolitis festgestellt.

F. 14. Siw., 42jährige Beamtenfrau, zum zweitenmal psychisch erkrankt. Am 4. 4. 28 in akutem deliriösen Zustande mit Körpertemperatur 38,7°. 110 Pulsschläge in der Minute, mit sehr belegter Zunge eingetreten. Drei Aurolinjektionen ergaben keine Besserung. Am 13. 4. 28 ist Siw. infolge Bronchopneumonie gestorben, die auch bei der Sektion festgestellt wurde.

F. 15. Góźd., 19 Jahre altes Mädchen, am 30. 4. 28 eingetreten. Subakuter deliriöser Zustand. Körpertemperatur 37,4°, Pulsschläge 90 in der Minute. Entzündung des weichen Gaumens und des Pharynx. Die Kranke bekam 8 Aurolinjektionen und in den ersten Tagen wurde sie mit Chinin und Salizyl behandelt bei gleichzeitiger Aufwärmung sowie Desinfektion des Gaumens und des Pharynx durch Pinseln mit Hydrogen.-Hyperoxydlösung. Am 14. Mai 1928 wurde Góźd. als beinahe normal und ohne Fieber nach Hause genommen.

F. 16. Ryb., 29jährige Arbeiterin am 11. 5. 28 im Zustande von Delirium acutum, mit Körpertemperatur bis 39,3° und heftiger colitis eingetreten. 5 Injektionen von Aurol. Keine Besserung. Am 25. 5. 1929 ist Ryb. infolge von allgemeiner Entkräftung und Herzschwäche gestorben.

Aus den angeführten Fällen 3, 4 und 5 und folgenden kann man ersehen, daß in Fällen von leichteren, psychischen Störungen mit unbedeutender Temperatursteigerung und geringerem Infektionsprozeß (gewöhnlich lokaler Natur in den oberen Luftwegen) das Anwenden von Aurol sich erfolgreicher zeigte als das von Propidon. Indessen in schwereren Fällen, in den akuten und subakuten deliriösen Zuständen mit bedeutender Infektion und größerer Temperatursteigerung war die Heilwirkung von Aurol geringer als die von Propidon.

Die weiter angegebenen Fälle weisen auf den Einfluß der oben genannten kombinierten Behandlung hin. In mehreren dieser Kasus wurde außer der jedesmal notierten Behandlung mit Propidon, Aurol, Nuklein und eventuell Lac steril, auch die oben erwähnte antiinfektiöse Mitkur, wie das Darreichen von

Chinin und Salicyl-Präparate, das Aufwärmen und evtl. die Behandlung der lokalen entzündlichen Prozesse angewandt.

F. 17. Tkac., 17 Jahre altes Dienstmädchen. Status depressivo-amentivus, mit subfebriler Körpertemperatur. Am 5. 9. 1927 eingetreten. Nach 8 Aurol- und 6 Nukleininjektionen kehrte Tkac. fast gesund, in fieberlosem Zustande nach Hause zurück.

F. 18. Iwa., 25jähriges Dienstmädchen, am 24. 10. 27 mit der Diagnose: »Status exaltationis«, Angina, subfebriler Temperatur eingetreten. Nach 9 Aurol- und ebensoviel Nukleininjektionen verließ Iwa. am 6. 4. 1928 die Anstalt in einem fast normalen Zustande. Drei Wochen später besuchte sie die Abteilung psychisch und körperlich vollkommen gesund.

F. 19. Saw., 45jährige Arbeiterin, am 1. 3. 1928 eingetreten. Status amentivus. Körpertemperatur 37,5°. Nach 11 Aurol- und 9 Nukleininjektionen verschwand der subfebrile Zustand der Kranken und Saw. wurde psychisch gesund.

F. 20. Turk., 29jährige Lehrerin. Subakuter, deliriöser Zustand. Subfebrile Körpertemperatur. Eingetreten am 25. 2. 28. Bekam 4 Aurol- und 5 Nukleininjektionen. Am 13. 4. 28 ist Turk. gesund, mit normaler Körpertemperatur entlassen worden.

F. 21. Gawr., 36jähriges Dienstmädchen, am 12. 3. 28 eingetreten. Status delirio-amentivus. 114 Pulsschläge in der Minute, subfebrile Körpertemperatur. Die Zunge stark belegt. Nach 12 Aurol- und 6 Nukleininjektionen als fast normal und ohne Fieber nach Hause entlassen.

F. 22. Pawl., 50jährige Frau, eingetreten am 27. 3. 28. Paranoisch-halluzinatorischer Zustand. Bronchitis. Nach 9 Aurol- und 6 Nukleininjektionen kehrte Pawl. als fast gesund nach Hause.

F. 23. Gw., 32jährige Arbeiterfrau am 24. 4. 28 eingetreten. Status depressivo-amentivus. Subfebrile Körpertemperatur. 104 Pulsschläge in der Minute. Nach 4 Aurol- und ebensoviel Nukleininjektionen wurde Gw. mit normaler Körpertemperatur und als psychisch-rekonvaleszent nach Hause genommen.

F. 24. Chask., 66 Jahre alte Kaufmannsfrau, am 29. 4. 28 eingetreten. Subakuter, deliriöser Zustand. Subfebrile Körpertemperatur. 4 Aurol- und 3 Nukleininjektionen. Mit normaler Körpertemperatur und im Zustande psychischer Rekonvaleszenz am 31. 5. 28 nach Hause entlassen.

F. 25. Bor., 27 Jahre alte Arbeiterfrau am 27. 12. 27 eingetreten, in akutem, deliriösem Zustande, mit Körpertemperatur 40°. Angina, stark belegte Zunge. Propidoninjektionen am 9., 13., 19. und 23. Dezember 1927. Später 8 Aurolinjektionen. Die Körpertemperatur wurde seit Mitte Janauar 1928 normal. Der psychische Zustand der Kranken hat sich allmählich gebessert und am 8. 2. 28 wurde sie als fast gesund nach Hause genommen.

F. 26. Sled., 19 Jahre altes Dienstmädchen, am 26. 11. 27 eingetreten. Akuter deliriöser Zustand, Körpertemperatur 40°. Nach 3 Propidon-, 14 Aurol- (allein) wie auch 12 Aurolinjektionen gleichzeitig mit 9 Nukleininjektionen, verließ Sled. das Hospital Ende Juni 1928 mit normaler Körpertemperatur und im Zustande psychischer Gesundheit.

F. 27. Par., 30 Jahre alte Dienstfrau, am 18. 9. 28 eingetreten in einem deliriösen Zustande, der sich am Schluß der Nachbehandlung nach

einer Operation wegen Adenitis subaxillaris abscedens entwickelte. Subfebriler Zustand. Nach 5 Aurolinjektionen wurde P. vor der Vollendung der Behandlung im Zustande bedeutender Besserung vom Manne nach Hause genommen.

F. 28. Wiśn., 19jährige Arbeiterfrau, am 3. 8. 28 mit der Diagnose: »Schizophrenia« eingetreten. In der Abteilung wurden bei der Kranken ein subakuter deliriöser Zustand, die Körpertemperatur 38° und heftige Röte der Kehle festgestellt. Nach 20 Aurol- und 10 Nukleininjektionen wurde sie am 14. 12. 28 als gesund und ohne Fieber entlassen.

F. 29. Rzeci., 35 Jahre altes Dienstmädchen. Seit 5. Dezember 1928 in der Abteilung. Status deliriosus. Subfebrile Körpertemperatur. Die Kranke erhielt 19 Injektionen von Aurol, 11 Nuklein und 3 Lac steril. Seit Mitte März 1929 verschwand der subfebrile Zustand der Kranken. Am 16. April 1929 wurde sie als bedeutend gebessert in ein Asyl übergeführt.

F. 30. Kon., 37 Jahre alte Bäuerin, in der Abteilung seit 3. 1. bis 3. 6. 1929. Akuter paranoisch-halluzinatorischer Zustand. Nach 28 Injektionen von Aurol, 13 von Nuklein und 5 Lac steril als normal entlassen.

F. 31. Nagr., 52 Jahre alte Frau, am 31. Januar 1929 mit der Diagnose: »Schizophrenia« eingetreten. In der Abteilung wurde bei der Kranken ein amentivo-depressiver Zustand konstatiert. Seit 13. Februar 1929 bekam die Kranke 7 Injektionen von Aurol und 3 von Nuklein. Ende März wurde Nagr. im Zustande der Rekonvaleszenz nach Hause entlassen.

F. 32. Kuc., 42 Jahre, Näherin, am 31. 1. 1929 eingetreten. Status deliriosus. Nach 8 Injektionen von Aurol und 5 von Nuklein wurde Kuc. Ende März, als bedeutend gebessert, nach Hause entlassen.

F. 33. Miod., 38 Jahre alte Frau, am 1. 2. 1929 eingetreten. Status deliriosus. Subfebrile Körpertemperatur. 130 Pulsschläge in der Minute. Nach 13 Injektionen von Aurol und 3 von Nuklein im Zustande der Rekonvaleszenz und mit normaler Körpertemperatur nach Hause entlassen.

F. 34. Wrob., 52 Jahre alte Frau, am 25. 2. 1929 eingetreten. Status amentivo-depressivus. Im Blute und Liquor Wa. negativ. Nach 25 Injektionen von Aurol und 4 von Nuklein als Rekonvaleszentin entlassen.

F. 35. Kuzm., 32 Jahre, Näherin, am 29. 2. 1929 eingetreten. Status deliriosus. Nach 28 Aurol- und 8 Nukleininjektionen wurde K. gesund.

F. 36. Gons., 67 Jahre alte Frau, am 14. 4. 29 eingetreten. Status depressivo-amentivus. Nach 11 Aurolinjektionen wurde Gons. am 3. 6. 29 als Rekonvaleszent entlassen.

F. 37. Chojn., 48 Jahre, Arbeiterin, am 19. 3. 29 eingetreten. Status depressivo-deliriosus. Subfebrile Körpertemperatur. 96 Pulsschläge in der Minute. Nach 12 Aurol- und 7 Nukleininjektionen wurde Chojn. psychisch normal und mit normaler Körpertemperatur entlassen.

F. 38. Red., 17 Jahre altes Dienstmädchen, am 20. 6. 28 mit der Diagnose: »Schizophrenia« eingetreten. In der Abteilung wurde bei der Kranken ein akuter paranoisch-halluzinatorischer Zustand mit subfebriler Körpertemperatur festgestellt. Die Behandlung begann am 26. 6. 28 und bestand in 44 Injektionen von Aurol, 11 von Nuklein und 5 von Lac steril. Seit 26. Dezember 1928 wurde die Körpertemperatur der Kranken normal. Am 4. März 1929 wurde Red. als Rekonvanleszent nach Hause entlassen.

F. 39. Wern., 23 Jahre, Dienstmädchen, mit Kypho-scoliose, in

der Abteilung seit 31. August 1928 bis 22. März 1929. Status deliriosus. Subfebrile Temperatur des Körpers. 108 Pulsschläge in der Minute. Seit 13. September 1928 erhielt die Kranke 44 Injektionen von Aurol, 12 von Nuklein und 3 Lac steril. Seit 10. März 1929 hatte Wern. normale Temperatur des Körpers. Am 22. März 1929 wurde sie gesund entlassen.

Die letzten zwei Fälle sind besonders dadurch auffallend, daß ihre Behandlung sehr lange — $7^1/_2$ und 5 Monate — dauerte, bevor die Kranken, die eine in der Rekonvaleszenz, die andere als gesund, das Krankenhaus verließen.

In einigen solchen schweren Fällen wandte ich in letzter Zeit, wie oben angeführt, die Malaria-Behandlung an, wenn es sich herausstellte, daß unsere Behandlung nach drei- bis viermonatlicher Dauer keine bedeutende Besserung ergab.

Auf diese Weise wurden folgende 3 Fälle behandelt.

F. 40. Daniel., 30 Jahre alte Näherin, am 26. 1. 29 eingetreten. Status deliriosus. Die Kranke war schon in der Abteilung seit 10. 11. 1928 bis zum 31. 12. 1926, auch in deliriösem Zustande, mit subfebriler Körpertemperatur und 115 Pulsschlägen in der Minute; nach 8 Aurol- und 5 Nukleininjektionen wurde sie als gesund entlassen. Die letzte Behandlung begann am 30. Januar 1929. Die Kranke erhielt 26 Injektionen von Aurol und 6 von Nuklein. Der deutlich gebesserte Zustand der Kranken blieb während letzter mehreren Wochen unverändert. Am 11. Mai 1929 wurde sie mit Malaria geimpft. Nach 9 Malariaanfällen normal, äußerte volle Krankheitseinsicht, beschäftigte und benahm sich normal; drei Wochen darauf verfiel aber Dan. in einen Stuporzustand.

F. 41. Brodn., 22 Jahre alte Näherin, seit dem 17. September 1928 in der Abteilung. Status depressivo-amentivus. 30 Aurol-, 9 Nuklein-, 10 Lac steril-Injektionen. Die Depression verschwand, die Kranke blieb aber anormal, nicht gut orientiert, mit variabler Stimmung. Am 15. Mai 1929 Malaria-Impfung. Nach 12 Malaria-Paroxysmen trat eine weitere deutliche Besserung im geistigen Zustande ein.

F. 42. Orzech., 20jähriges Mädchen, am 20. 12. 28 im depressiv-amentiven Zustande, mit subfebriler Körpertemperatur, 108 Pulsschlägen in der Minute und stark belegter Zunge eingetreten. Nach 6 Aurol- und 2 Nukleininjektionen wurde Orzech. geistig und körperlich gesund. Nach mehreren Wochen fing Orzech. wiederum an psychisch abnorm zu sein. Die Behandlung wurde wiederholt. 24 Injektionen von Aurol, 9 von Nuklein und 7 Lac steril. In den letzten Wochen der Behandlung blieb die Kranke in einem deutlich gebesserten Zustande. Die Besserung machte aber keine weiteren Fortschritte. Am 4. 6. 29 bekam die Kranke Malaria-Impfung. Nach 16 Paroxysmen wurde Orzech. fast normal.

In folgenden 5 Fällen bestand die anfängliche Behandlung in der oben angeführten gleichzeitigen Anwendung von Aurol und Propidon.

F. 43. Szat., 31jährige Arbeiterin. Status deliriosus, 100 Pulsschläge in der Minute. Subfebrile Körpertemperatur. Zunge stark belegt. Eingetreten am 11. 10. 28. Bekam am 11. 10. Aurol, am 12. 10. Propidon, am 15., 18., 21. Oktober Aurolinjektionen. Am 23. 10. 28 wurde Szat. als gesund und ohne Fieber entlassen.

F. 44. Stemp., 48 Jahre alte Hebamme, am 15. März 1929 eingetreten, in einem starken deliriösen Zustande, mit erhöhter Körpertemperatur, Angina, stark belegter und getrockneter Zunge und trocknen Lippen. Am 16. März erhielt die Kranke vormittags Injektion von Aurol, nachmittags Injektion von Propidon 2mal je 2 cm³ je 2 Stunden (nebst Cardiaca). Darauf wurden noch 2 Injektionen von Propidon (je 4 cm³), 8 Injektionen von Aurol und 3 Nuklein, appliziert. Am 25. April 1929 wurde Stemp. als psychisch gesund und mit normaler Körpertemperatur entlassen.

F. 45. Law., 38jährige Arbeiterfrau. Status deliriosus. Die Körpertemperatur 37,3°. Am 21. 2. 29 eingetreten. Am 22. 2. 29 sind um 12 Uhr Aurol, um 18 Uhr Propidon injiziert worden. Am 23. 2. 29 sowie darauf zweimal wöchentlich Aurolinjektionen. Seit den 16. 3. 29 verschwand der subfebrile Zustand, und am 22. 3. 29 verließ Law. psychisch gesund das Krankenhaus.

F. 46. Czub., 47jährige Bäuerin. Status deliriosus. Subfebrile Temperatur. Am 26. 4. 29 eingetreten. Am 29. 4. 29 vormittags bekam die Kranke Injektion von Aurol, nachmittags von Prapidon, am 30. 4. 29 Aurol, am 2. 5. 29 Propidon. Darauf folgten noch Injektionen von Aurol und 2 Nuklein und Czub. wurde psychisch gesund, Körpertemperatur normal.

F. 47. Pawl., 24jährige Frau eines Chauffeurs, am 22. 4. 29 eingetreten. Status deliriosus. Nach der kombinierten Anwendung von 2 Aurol- und 2 Propidoninjektionen wurden noch 15 Injektionen von Aurol appliziert, darauf wurde Pawl. am 31. 5. 29 im Zustande der Rekonvaleszenz nach Hause entlassen, wo sie nach 2 Wochen vollständig normal wurde.

F. 48. Kell., 45 Jahre alte Kaufmannsfrau. Status deliriosus. Subfebrile Temperatur des Körpers. Furunculosis. Am Tage des Eintritts in die Abteilung erhielt die Kranke eine Injektion von Aurol und darauf eine Injektion von Propidon. Am nächsten Tage wurde Aurol, nach 2 Tagen wiederum Propidon und darauf noch 22 Injektionen von Aurol und 5 Nuklein appliziert. Nach dieser Behandlung wurde Kell. geistig und körperlich normal.

Es sei hinzugefügt, daß mehrere der oben besprochenen analogen Fälle, die sich zurzeit noch bei mir in der erwähnten Behandlung befinden, deutliche positive Resultate dieser Behandlung aufweisen.

Außer den angeführten Fällen wurden noch 8 Kranke unserer Behandlung unterworfen, diese wurde aber bald unterbrochen, weil die Kranken die Abteilung vorzeitig verließen.

Auf Grund von Beobachtungen der besprochenen Fälle, sowie ihrer Behandlung läßt sich folgendes feststellen: 1. Wenn wir die Fälle, welche die Abteilung zu früh, im Zustande von »Rekonvaleszenz«, einer »bedeutenden Besserung« oder »fast gesund«, verließen, als sich im Zustande einer bedeutenden weitgehen-

den Remission und die Fälle, die ganz geheilt wurden, als in völliger Remission befindend betrachtet, dann müssen wir feststellen, daß in allen unseren Fällen völlige oder bedeutende Remission stattgefunden hat. Indessen spricht *Reiter*[5]), wie wir es gesehen haben, von 48% Remissionen bei seiner Behandlung. — Es muß jedoch beachtet werden, daß in schweren, deliriösen Zuständen, mit einer bedeutenden allgemeinen Infektion, bei entkräfteten Kranken, es nicht immer den tödlichen Ausgang zu vermeiden gelang, sowie, daß manchmal, nach einer bedeutenden, während der Behandlung eingetretenen Besserung, sich der psychische Zustand, nach einiger Zeit, wiederum verschlimmerte.
2. In allen angeführten Fällen wurden die psychischen Störungen, die akut und vor kurzem entstanden sind, von verschiedener Intensität waren und ihrem Charakter nach den symptomatologischen Diagnosen: delirium acutum et subacutum, paranoia acuta oder hallucinatoria, status maniaco-amentivus, status depressivo-deliriosus oder amentivus-, entsprachen, von größeren oder geringeren Körpertemperatur-Steigerungen und mehr oder weniger deutlichen Entzündungs- und Infektions-Prozessen begleitet.

Ich füge hinzu, daß ich eine Reihe von den oben besprochenen analogen Fällen hatte, die das gleichzeitige Auftreten derselben psychischen Störungen mit den infektiösen entzündlichen Prozessen aufwiesen, bei denen jedoch die angeführte Behandlung nicht angewandt wurde. Einige dieser Fälle führe ich weiter unten in abgekürzter Form an.

F. 49. Sok., 45 Jahre alter Ingenieur, vor kurzem an akute paranoische Psychose erkrankt. Beim Kranken wurden Stomatisis purulenta, angina und pharingitis festgestellt.

F. 50. Jos., 23 Jahre alter Kaufmann. Seit einigen Tagen status depressivo-deliriosus. Angina, Abszeß auf der linken Mandel.

F. 51. Now., 44 Jahre alte Beamtenfrau. Seit 24 Stunden besteht ein amentiver Zustand. Heftige Angina, Herpes labialis.

Endlich führe ich noch 4 Beschreibungen der seit vielen Jahren an chronischen psychischen Erkrankungen leidenden Patienten an, bei welchen von Zeit zu Zeit kurz dauernde vorübergehende akute psychische Störungen erscheinen, mit Temperatursteigerung und endzündungsinfektiösen Veränderungen verbunden.

F. 52. Kop., 46 Jahre alter Privatbeamter, seit 18 Jahren psychisch krank. Diagnose — dementia praecox, Form — katatonischer Stupor. Seit einigen Jahren beobachtet man beim Kranken jede paar Wochen das Auftreten der Zustände motorischer Erregung verbunden mit Ablehnen aller Nahrung und mit Selbstbeschmutzung. Seit beinahe $1^1/_2$ Jahre wurden stets

[5]) Ibidem.

während den erwähnten zyklischen Verschlimmerungen Körpertemperatursteigerung und akute entzündliche Prozesse, besonders in den oberen Luftwegen beobachtet, früher hatte man darauf nicht geachtet. Die laryngologische Untersuchung stellte bei dem Kranken die Anwesenheit von rinopharyngitis chronica exacerbans fest.

F. 53. Ryn., 31 Jahre alter Beamter, seit 4 Jahren psychisch krank. Dementia paranoides. Seit 2 Jahren wurden beim Kranken von Zeit zu Zeit vorübergehende akute psychische Störungen von einem deliriösen Charakter beobachtet. Seit einem Jahre wurde beim Kranken, während dieser Erregungen jedesmal die Anwesenheit eines Infektionszustandes und akuter katarrhaler Veränderungen in den oberen Luftwegen festgestellt; früher achtete man darauf nicht.

F. 54. Wojc., 43 Jahre alte Lehrerin, unterlag mehrere Male akuten Psychosen. Letztens im Hospital, seit 8. 6. 26, offenbart sie auf Grund ständigen paranoischen Zustandes mehrere Tage dauernde zyklische Erregungen, die sich bis zu deliriösen Zuständen steigerten. Diese Erregungszustände der Kranken, sind von Infektions- und Entzündungsveränderungen in den oberen Luftwegen und von Körpertemperatursteigerung begleitet.

F. 55. Kin., 37 Jahre alter Arbeiter, im Hospital seit Anfang 1922. Diagnose: dementia paranoides. Seit einer Reihe von Jahren wurde beim Kranken das Auftreten von akuten Erregungszuständen, von einer Körpertemperatursteigerung und von Entzündungs- und Infektionsveränderungen in den oberen Luftwegen konstatiert.

* * *

Das gleichzeitige Vorhandensein von Entzündungs- und Infektionserscheinungen bei den angeführten psychischen Störungen und anderseits der günstige Erfolg der Behandlung der genannten entzündlichen und infektiösen Prozesse für diese psychischen Störungen bestätigen einigermaßen die Hypothese, welche zuerst einen mehr heuristischen Charakter hatte, — daß es sich in den angeführten Fällen um einen ursächlichen Zusammenhang zwischen dem Entstehen der psychischen Störungen und dem Vorhandensein der entzündlichen Prozesse handelte, daß die letzteren bei den respektiven Kranken die Ursache des Entstehens von psychischen Störungen werden.

Die oben angeführten Angaben scheinen darauf hinzuweisen, daß in vielen sog. funktionellen psychischen Störungen von deliriösem oder amentivem Charakter, in denen den körperlichen Erscheinungen und Veränderungen gewöhnlich keine größere Bedeutung zugeschrieben wird, der Ausgangspunkt, die Ursache des psychischen Leidens der Entzündungsprozeß ist. Es versteht sich, daß es sich hier nur um den hervorrufenden Faktor, causa efficiens, handelt und daß gewöhnlich und vor allem vermutlich in leichteren Fällen noch eine Prädisposition zu entsprechender psychischer Erkrankung vorhanden sein muß. Worauf solche Prädisposition sich gründet und wie die vermutliche infektive

Noxe wirkt, um zu psychischen Störungen zu führen, ob es z. B. sich hier um eine unmittelbare Wirkung auf das Gehirn oder um eine mittelbare Wirkung z. B. mittels Angreifens einiger endokriner Organe handelt, — dies alles kann zurzeit nur ausschließlich Gegenstand rein abstrakter Gedanken-Konstruktionen sein.

* * *

Wenn wir von den oben angeführten rein symptomatischen Diagnosen zum Problem übergehen, mit welcher Krankheitseinheit oder mit welchen Krankheitseinheiten wir hier zu tun haben, muß erwähnt werden, daß *Reiter*, wie oben angeführt, die von ihm behandelten und darunter auch geheilten Fälle, als zu Dementia praecox gehörig betrachtet. Nun aber scheint *Reiter* einer der zahlreichen Psychiater zu sein, welche die Dementia praecox bedeutend breiter verstehen, als es das genaue Verständnis der Lehre *Kraepelins* über diese Psychose erlaubt. Diese Psychiater schließen in dem Begriff Dementia praecox auch die Fälle ein, die nicht zu Dementia praecox stricto sensu *Kraepelini* gehören und die ich als eine besondere Gruppe der funktionellen psychischen Erkrankungen beschrieben habe[6]). Ein Teil dieser Fälle ist in der Schizophrenia sensu Clande'i enthalten.

Der größte Teil der von *Reiter*[7]) geheilten Fälle, nämlich 13 Geheilte (d. h. die eine volle Remission offenbarten) 10, d. h. die Fälle: 2, 3, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 12 und 14, insofern man auf Grund der kurzen angeführten Beschreibungen urteilen kann, gehören, glaube ich, zu der erwähnten abgesonderten nosologischen Gruppe, während z. B. Fälle unzweifelhafter *Kraepelini*scher Dementia praecox hauptsächlich unter den Fällen erscheinen, die dem Einflusse der Behandlung von *Reiter* nicht nachgegeben hatten.

Die Fälle, die mit den oben angeführten Heilmitteln behandelt wurden, gehören alle zu der erwähnten besonderen nosologischen Gruppe.

---

[6]) 1. *P. Prengowski.* »Un groupe particulier des maladies psychiques fonctionnelles«. Paris, F. Alcan. 2. »Über eine besondere Gruppe der funktionellen psychischen Erkrankungen«. Allgemeine Zeitschr. f. Psychiatrie 1927. Bd. 86, H. 6—8.

[7]) Ibidem.

Der Typhus in Heil- und Pflegeanstalten, vor allem seine Bedeutung für die Sächsischen Landesanstalten in den Jahren 1900—1924/27.

Von

Dr. **R. Spaar** (Großschweidnitz-Bez. Dresden).

Der Typhus abdominalis, eine ausgesprochene Menschenkrankheit im Sinne *Gaethgens*, ist bekanntlich niemals an einzelne Länder oder Landstrecken gebunden gewesen, überall hat sich die Seuche eingenistet. Für Deutschland dürften die von *Kirchner* für 1900 bzw. 1901 berechneten Zahlen der Typhusmorbidität und Mortalität bekannt sein. Die Höhe dieser Angabe dürfte aber zweifellos hinter der wirklichen Zahl erheblich zurückbleiben. In einzelnen Gebieten des Reiches, besonders an Orten, wo die Bevölkerung dicht gedrängt zusammenwohnt und wo die hygienischen Einrichtungen zu wünschen übrig ließen, stieg die Zahl der Opfer z. T. erheblich an. Bekannt sind die Arbeiten der Typhuskommission im Westen des Reiches.

Neben einem endemischen Vorkommen charakterisiert den Typhus bekanntlich seine besondere Neigung, in kleineren oder größeren Epidemien aufzutreten.

Die Epidemien der letzten Jahre, besonders diejenige von Hannover 1926 mit ihren zirka 2500 T.-E. und 260 T.-Todesfällen, sind ja noch in frischer Erinnerung. Im folgenden werde ich für Typhuserkrankungen die Abkürzung Ty.-E., für Typhussterbefälle Ty.-St. setzen.

Die von *Gottstein* angegebene Kurve der Ty.-St. im Reich, berechnet auf 1 Million für die Jahre 1870—1910, zeigt ein deutliches Absinken der Typhussterblichkeit, an der auch die in diesen Zeiten stattgehabten Epidemien im wesentlichen scheinbar nichts geändert haben. Ähnliches kann man aus einer Kurve *Gottsteins*, welche die Sterblichkeit an Typhus abdominalis in absoluten Zahlen in Preußen nach Jahrfünften angibt (1876—1925) und aus einer Aufstellung der Sterbefälle im Reich nach dem statistischen Jahrbuch für das Deutsche Reich 1924/25 auf die Zeit von 1914—1925 erkennen.

Aus den Zahlen, wie sie nun die Jahresberichte über das Medizinalwesen in Sachsen fürs Jahr 1900—24 angeben, die mir nur zur Verfügung standen, kann man erkennen, daß auch hier in den Jahren 1914/15 und 1917/18 ein steiler Anstieg der Sterbefälle erfolgte. Der erste An-

stieg 1914 hängt wohl damit zusammen, daß von der großen Zahl von Typhuskranken des Heeres viele in die Heimatlazarette abgeschoben wurden, daß durch die Entlassung vieler Typhusrekonvaleszenten der Typhus in die Heimatbevölkerung eingeschleppt wurde.

Der Anstieg 1917 ist als Ausdruck der allgemein verschlechterten Zeitverhältnisse, des verminderten körperlichen Widerstandes der Bevölkerung infolge der großen Unterernährung anzusehen, ein Umstand, zu dem noch der Mangel an Ärzten, welcher die Behandlung sehr erschwerte (wie sich die Berichte ausdrücken), ferner eine bedenkliche Verwahrlosung hygienischer Maßnahmen, bei äußerstem Mangel auch der einfachsten hygienischen Hilfsmittel beigetragen haben.

Im Rahmen dieses Aufsatzes kann ich es mir wohl ersparen, im einzelnen auf die Infektionsquellen für Typhus näher einzugehen. Immer wieder ist ja von vielen Seiten auf die enorme Wichtigkeit der Vermittlung von Typhusinfektionen durch Bazillenträger und Dauerausscheider hingewiesen worden.

Dicht gedrängt wohnende Menschen sind naturgemäß dieser Gefahr in stärkerem Maße ausgesetzt als eine Bevölkerung, die weniger massiert ist. Wir sehen deshalb auch den Typhus immer wieder als häufigen Gast in Kasernen, Internaten und besonders auch in Irrenanstalten.

Wenn in den alten Berichten der Irrenanstalten öfters die Rede ist von »gastrischen Affektionen« mit »typhösem« Charakter, die sich in großer Anzahl ereigneten, so wird man nicht fehlgehen in der Annahme, daß es sich bereits damals in vielen Fällen um gehäuftes, epidemieartiges Auftreten von Typhus abdominalis gehandelt haben wird. Bis in die zweite Hälfte des vorigen Jahrhunderts reichen die Berichte zurück, die von Typhus bei Geisteskranken berichten (Münsterlingen 1864, Klingenmünster 1878). In allen Teilen des Reiches hat seitdem eine ganze Reihe von Irrenanstalten ihre vereinzelten Typhusfälle oder gar ihre Epidemien gehabt.

Die einzelnen Epidemien erreichten oftmals einen recht erheblichen Umfang, z. B. Conradstein 1911/12 mit 202 Fällen.

Durch Ermittlung der Ty.-Bazillenträger auf den verschiedenen Abteilungen schien es gelungen zu sein, Anstalten zu assanieren; zugegeben muß aber werden, daß sich in vielen Anstalten der Typhus bis auf unsere heutige Zeit gehalten hat.

In seiner Arbeit »Die Typhusbekämpfung in den öffentlichen Irrenanstalten Deutschlands« macht *Böttcher* Angaben über 85 deutsche Irrenanstalten bei 11jähriger Beobachtungszeit; von diesen Aufstellungen über 85 Anstalten sind 82 mit 1057 Ty.-E. wirklich verwertbar. *B.* kommt zu dem Schluß, daß die freie Bevölkerung in bezug auf Ty.-E. günstiger dasteht, als die Insassen der Irrenanstalten.

Hier soll in erster Linie einmal nachgeprüft werden, wie liegen diese Verhältnisse eigentlich in den Sächsischen Landesanstalten.

Die folgenden Aufstellungen beziehen sich immer nur auf die Heil- und Pflegeanstalten Arnsdorf, Colditz, Dösen, Großschweid-

nitz, Hubertusburg, Sonnenstein, Untergöltzsch, Zschadraß und die Anstalt für Epileptiker in Hochweitzschen. Den Betrachtungen wurde ein Zeitraum von 28 Jahren (1900—1927) zugrunde gelegt; die Landesanstalt Chemnitz-Altendorf, die Irrenabteilung in Waldheim, die Landesanstalt für bildungsunfähige schwachsinnige und geisteskranke Kinder in Großhennersdorf bzw. ihre Vorgängerinnen in Nossen und Hubertusburg konnten unberücksichtigt bleiben, da in ihnen Typhus nach den Unterlagen nie vorgekommen ist.

In den Heil- und Pflegeanstalten befinden sich die Kranken meist jahrelang in engster Lebensgemeinschaft, ihre Versorgung ist eine mehr oder weniger schematisch-gemeinsame, sie werden aus einer gemeinsamen Küche verpflegt, sie schlafen jahrelang in demselben Raum, oftmals in engen Verhältnissen zusammen, sie benützen gemeinsam denselben Abort; die von ihnen benützten Matratzen, Strohsäcke werden oft nur mechanisch gereinigt — regelmäßige Desinfektion findet meist nur bei Kranken mit ausgesprochener Infektionskrankheit statt. — Hinzu kommt noch, daß manche — namentlich auch erregte oder verblödete Kranke — unsauber und schmierig sind, mit ihrem Essen in der unhygienischen Weise umgehen, alles nur Erdenkliche sich per os einverleiben, trotz noch so straffer Kontrolle sich selber und ihre Hände niemals sauber halten, ihre Ausscheidungen u. U. überall absetzen und hinschmieren können und weiter, daß sie allen hygienischen Beeinflussungen gegenüber unbelehrbar bleiben. Daß diese Umstände einen denkbar günstigen Boden für Entstehung und Ausbreitung einer Ty.-Infektion abgeben können, ist ohne weiteres ersichtlich und bekannt. Deshalb ist es kein Wunder, wenn wir immer und immer wieder feststellen müssen, daß es gerade die Abteilungen für halbruhige bzw. unruhige Kranke sind, in denen die Seuche beheimatet ist bzw. von denen sie ausgeht. Auf die Rolle der Dauerausscheider soll dabei weiter unten zurückgegriffen werden.

Zweifellos sind ja nach unseren Zahlen seit den Jahren 1915/16 schwere Epidemien in Sächs. Anstalten seltener geworden, eine Tatsache, die man wohl mit Recht auf die seit den letzten großen Epidemien energischer aufgenommenen Typhusbekämpfungsmaßnahmen zurückführen kann. Man muß natürlich — das gilt auch für die folgenden Ausführungen — immer berücksichtigen, daß in all den angeführten Zahlen nur die klinisch, serologisch-bakteriologisch und u. U. anatomisch gesicherten Typhusfälle enthalten sind. Mancher Typhus levis oder abortivus wird wohl der Beobachtung entgangen sein, wenn auch dank umfassenderer Kenntnis dieser Dinge derartige Vor-

kommnisse in den letzten Jahren der Berichtzeit seltener geworden sein dürften.

In den Jahren 1900—1927 sind in den Sächs. Landesanstalten Arnsdorf, Sonnenstein, Untergöltzsch, Großschweidnitz, Zschadraß, Hubertusburg, in der Pflegeanstalt Colditz und in der Heil- und Pflegeanstalt für Epileptische zu Hochweitzschen 503 sichere Typhusfälle mitgeteilt worden. Auf die einzelnen Jahre verteilen sich diese und die Ty.-Sterbefälle laut Jahresberichten des Landesgesundheitsamtes und nach Angaben der einzelnen Anstalten folgendermaßen:

A.

Typhuserkrankungen:

Jahr:	Verpflegte:		Personal:		Beamte:
	männl.	weibl.	männl.	weibl.	
1900	—	—	—	—	—
1901	1	3	1	1	—
1902	3	—	—	—	—
1903	—	1	2	1	—
1904	—	4	—	2	1
1905	1	2	—	1	—
1906	1	3	—	1	—
1907	35	97	—	2	—
1908	36	57	13	31	8
1909	3	—	1	1	—
1910	3	6	—	—	—
1911	2	2	—	2	—
1912	21	21	4	2	—
1913	?	?	?	?	?
1914 im Ganzen	6				
1915 „ „	32, wovon 11 vom Personal				
1916 „ „	16				
1917 „ „	23 „ 1 „ „				
1918 „ „	7				
1919/22 „ „	18				
1923	—	3	—	1	—
1924	3	—	—	—	—
1925	—	9	—	—	—
1926	—	5	—	—	—
1927	—	2	—	1	1

1900—1927 im Ganzen: 503.

B.

Typhus-Sterbefälle.

Jahr:	Verpflegte:		Personal:		Beamte:
	männl.	weibl.	männl.	weibl.	
1900	—	—	—	—	—
1901	1	1	—	—	—
1902	—	—	—	—	—

Jahr:		Verpflegte:		Personal:		Beamte:
		männl.	weibl.	männl.	weibl.	
1903		—	—	2	—	—
1904		—	1	—	—	—
1905		—	—	—	—	—
1906		—	—	—	—	—
1907		—	1	—	—	—
1908		—	13	1	2	—
1909		—	—	1	—	—
1910		—	3	—	—	—
1911		—	—	—	—	—
1912		—	—	—	—	—
1913		—	—	—	—	—
1914		—	—	—	—	—
1915	im Ganzen	6				
1916		—	2	—	—	—
1917	„ „	4				
1918	„ „	1				
1919/24		—	—	—	—	—
1925		—	1	—	—	—
1926		—	2	—	—	—
1927		—	1	—	—	—

1900—1927 im Ganzen: 43.
Auf 503 Ty.-E. kommen also 43 Ty.-St.

Dabei ist im Auge zu behalten, daß unter den 503 Ty.-E. sicher 79 Personal- und 10 Beamtenerkrankungen sind; weiterhin läßt sich feststellen, daß von diesen 79 Personalerkrankungen 21 Fälle Pfleger und 46 Fälle Schwestern bzw. Wärterinnen betrafen. In den 43 Ty.-St. sind 4 Pfleger und 2 Schwestern = 13,98% Todesfälle enthalten.

Enthalten ist in diesen Zahlen die große Epidemie in Großschweidnitz 1907/08 mit 239 Fällen, die Zschadraßer Epidemie 1912 mit 43 Fällen und eine weitere Epidemie in Untergöltzsch 1925 mit 9 Fällen.

Aus der Aufstellung unter A. erkennt man ganz deutlich die Einwirkung der Epidemie in Großschweidnitz 1907/08 und in Zschadraß 1912; ferner wie nach einem kurzen Sinken 1915/17 ein erneuter Anstieg der Ty.-Zahlen einsetzte. Wir sehen wieder etwas ganz ähnliches wie bei dem Anstieg der Landeskurve, es dürften erst recht hier dieselben Bedingungen für das Emporgehen der Kurve geltend gemacht werden. Deutlich kann man erkennen, wie etwa vom Jahre 1918 ab die Zahl der Ty.-E. abnimmt, ein Umstand, der sich zwanglos auch hier auf die Möglichkeit, bessere hygienische Bedingungen wieder schaffen zu können und auf energischere Bekämpfungsmaßnahmen zurückführen läßt.

Auf die einzelnen Sächs. Landesanstalten verteilt ergibt sich folgendes Bild:

C.

Arnsdorf	15	Ty.-E.
Colditz	51	„
Großschweidnitz	252	„
Hochweitzschen	3	„
Hubertusburg	58	„
Sonnenstein	9	„
Untergöltzsch	27	„
Zschadraß	72	„

Dazu kommen noch 16 Ty.-E. aus den Jahren 1919/22, über deren Verteilung auf die einzelnen L.-A. aus den Berichten nichts Genaues zu ersehen ist. Aus der Zahl der Ty.-E. und der Ty.-St. berechnet sich eine Letalitätsziffer von 8,55%. Die Letalitätszahlen für die Jahre 1902/1925 für Typhus in Sachsen bewegen sich zwischen 8,9% und 61,6%.

Wir sehen auch hier beim Vergleich der einzelnen Jahresziffern eine gewissse Parallele zur Landeskurve; aber weiterhin, und das ist wichtig, daß die Typhussterblichkeitsziffer in den Sächsischen Landesanstalten mit 8,55% doch ganz wesentlich — wenigstens bis 1925 — hinter der Sächsischen Landes-Typhusletalitätsziffer zurückbleibt.

Selbst wenn man annimmt, daß nicht alle Ty.-E. (Typhus levissimus, Ty. abortivus) erfaßt worden sind, so kann man wohl mit Fug und Recht annehmen, daß die Zahl der Ty.-St. eine nennenswerte Vermehrung nicht erfahren dürfte, denn seit Jahrzehnten macht man in den Sächsischen Landesanstalten allgemeinen Gebrauch von der Leichenöffnung.

Die oft geäußerte Meinung, die in der Literatur immer wieder weitergegeben wird, daß der Typhus in den Irrenanstalten ganz besonders bösartig auftrete, scheint mir, in diesen Zahlen jedenfalls, für Sachsen keine Stütze zu finden. Berechnet man weiter die Zahl der Ty.-E. und Ty.-St. auf die Zahl der in den Jahren 1900—27 in den Sächsischen Landesanstalten Verpflegten, so ergibt sich folgendes Bild:

Es wurden verpflegt: 1900—1927: 194 932 Kranke.

Auf 194 932 Verpflegte würden demnach 503 Ty.-E. in 28 Jahren kommen, das wären 0,26%.

Was man weiter aus den Zusammenstellungen A. und B. ersehen kann, ist die Beteiligung des Personals und der übrigen Beamten an den Ty.-E. Es ist das eine Erscheinung, die auch in außersächsischen Irrenanstalten immer wieder zutage getreten ist.

Es fiel dabei schon lange die überwiegende Beteiligung des weibl. Personals an den Ty.-E. auf. Das erklärt sich z. T. zwang-

los auf folgende Weise: Befiel eine Epidemie z. B. die 3. Kostklasse, dann mußte zum mindesten das unverheiratete Personal, d. i. das weibl., in erster Linie erkranken, da es sich — wenigstens in dem angesetzten Zeitraum — in der großen Mehrzahl aus dieser Kostklasse verpflegte. Später wird auf diese Frage noch zurückgekommen werden.

Was Sachsen anlangt, so liegen hier die Verhältnisse folgendermaßen: Von 503 Ty.-E. betreffen 1900—1927 21 das männl. und 46 das weibl. Pflegepersonal.

Das sind 13,32%. Das weibl. Personal überwiegt also bedeutend (m : w = 1 : 2).

Damit steht aber das Pflegepersonal an den Sächs. Landesheil- und Pflegeanstalten in den Jahren 1900—1927 erheblich günstiger da, als im Durchschnitt an vielen anderen Anstalten des Reiches; denn für letzteres beträgt nach *Böttcher* der Prozentsatz 25%. Das Überwiegen des weibl. Personals tritt am deutlichsten zutage bei den einzelnen Epidemien. In Sachsen sieht man das sehr gut an der durch Kartoffelsalat verbreiteten Großschweidnitzer Epidemie 1907/08; hier stehen 33 Ty.-E. des unverheirateten, kostkaufenden weibl. Personals 13 männl., größtenteils verheiratete Pfleger betreffenden, gegenüber.

Die Art der Beköstigung aber ist es nicht allein, worauf die überwiegende Beteiligung der weibl. Pflegepersonen an den Erkrankungsfällen zurückzuführen wäre. Es kommt noch verschiedenes andere hinzu. Da ist zunächst einmal die ganz besondere Eigenart der weibl. Psyche zu berücksichtigen. Sie bedingt vielfach eine andere Einstellung zu den ihrer Pflege und Obhut anvertrauten Kranken, als es bei dem männlichen Pflegepersonal der Fall ist. Ein innigerer Verkehr zwischen Pflegerin und Pflegebefohlenen ist die Folge. Dieser läßt sich schon rein äußerlich erkennen. Damit setzt sie sich der Ansteckungsgefahr mehr aus. Eine besondere Rolle spielen dabei die Typhusträger, wobei ich unter »Typhusträger« beide Kategorien Dauerausscheider und Bazillenträger der Kürze halber zusammenfassen möchte. Es wird diese Bezeichnung im eben genannten Sinn weiter hier gebraucht werden.

Die Gefährdung des Personals ist natürlich erst recht gegeben bei der Pflege unruhiger, unsauberer, geistig herabgeführter, wenig beeinflußbarer, womöglich aus tiefem sozialen Niveau stammender typhuskranker Irrer.

Eine außerordentlich wichtige Frage bei all diesen Dingen ist natürlich die, auf welche Weise kommt der Typhus überhaupt in den Anstalten zustande bzw. auf welchem Wege breitet er sich aus.

Zunächst muß man an die Möglichkeit der Typhuseinschleppung in die Irrenanstalten durch die Aufnahme typhuskranker Menschen denken. Wenn ein deliranter Typhuskranker auf Grund eines sich entwickelnden psychotischen Zustandbildes im Kran-

kenhaus nicht länger gehalten werden kann, so wird seine Aufnahme in die Irrenanstalt zur Notwendigkeit. Da derartige Kranke sich oft in schwerer motorischer Unruhe befinden und infolge ihrer oft vorhandenen traumhaften Verwirrtheit mit ihren Ausscheidungen nicht in anerzogener Sorgfalt umzugehen vermögen, besteht natürlich die Gefahr der Kontaktinfektion der Umgebung. Sie ist um so größer, je stärker belegt und unruhiger die Abteilungen sind. Es sind solche Fälle vorgekommen; so erkrankten z. B. in Winnental 1910 auf diese Weise in der Anstalt 14 Personen, darunter 3 Wärter. Etwas ähnliches hat sich in Zschadraß 1907 ereignet und weiter 1925 in der Landesanstalt Untergöltzsch. Nur handelte es sich hier um eine schon längere Zeit geisteskranke Frau, die typhuskrank in die Anstalt aufgenommen wurde.

Damit kommen wir zur zweiten Möglichkeit, den Typhus in die Heil- und Pflegeanstalten einzuschleppen, nämlich dadurch, daß an sich geisteskranke Persönlichkeiten aus ihrer Umgebung den Typhus einschleppen, ihn gewissermaßen als akzidentelle Krankheit selber mitbringen.

§ 6 Abs. 3 der Ordnung für die Sächs. Heil- und Pflegeanstalten, welcher vor der Aufnahme die Beibringung einer Bescheinigung des Inhalts vorsieht, daß der aufzunehmende Kranke während der letzten 6 Wochen vor seiner Aufnahme mit ansteckenden Krankheiten nicht in Berührung gekommen ist, erschwert gewiß die Einschleppung, stellt aber doch nichts anderes als lediglich eine Warnung dar. — Es ergibt sich die Forderung größter Vorsicht bei allen mit leichten Fieber- oder Darmkatarrhen zur Aufnahme kommenden Kranken und besonders bei denjenigen, die aus Gebieten mit endemischem Typhus stammen, wie sie ja auch schon von anderer Seite betont worden ist.

Nicht der Kranke allein aber kann Typhus einschleppen; auch der anscheinend völlig Gesunde kommt in Frage. Es muß daher auch dem neu einzustellenden Personal besondere Aufmerksamkeit zugewandt werden, besonders dann, wenn es sich in vorhergehenden Stellungen in der Pflege von Typhuskranken betätigt hat. Falsch verstandener Ehrgeiz und Nachlässigkeit müssen genau so bekämpft werden. Man muß an diese Dinge denken bei Versetzungen von Kranken und Personal aus einer Anstalt in die andere, besonders aus Anstalten, in denen Typhus endemisch ist.

Solches Personal muß genau so behandelt werden, als ob es neu zur Anstellung komme. (Verfügung des Sächs. Min. d. Innern 2. Abtlg. v. 18. 12. 1926).

Man kann sich zu den Auffassungen der *Wolter*schen Schule stellen wie man will, bei Kontaktinfektionen kommt den Bazillenträgern bzw.

Dauerausscheidern doch eine nicht zu unterschätzende Rolle zu. Die von ihnen ausgehenden Infektionen dürften in Irrenanstalten eine weit größere Rolle spielen als diejenigen durch etwa neu aufgenommene Typhuskranke selbst. Darauf haben andere Autoren ja immer wieder hingewiesen. Ältere Berichte über Typhus in Irrenanstalten lassen oft erkennen, daß man eigentlich nie recht wußte, woran man war und wo die Infektionsquelle zu suchen war, man half sich mit Vermutungen wie »wahrscheinlich Einschleppung durch Nahrungsmittel« usw. oder gab die Unmöglichkeit der Feststellung der Ursprungsquelle der Epidemien glatt zu. Erst als die Rolle der Dauerausscheider mehr in den Vordergrund geschoben wurde, schenkte man diesen Dingen auch in den Irrenanstalten mehr Aufmerksamkeit. Und so mehren sich dann ganz deutlich seit etwa 1906/07 die Berichte über von Dauerausscheidern ausgehende Typhus-Epidemien in Irrenanstalten.

So hatte z. B. das Philippshospital-Goddelau 1906 bei einer Belegzahl von ca. 1500 Kranken 1 männl. und 12 weibl. Typhusträger, das sind 0,86%. Conradstein hatte 1913 69 Typhusträger (26 männl., 43 weibl.), das ist auf die damalige Belegzahl ausgerechnet 5,3%. Klingenmünster wies 1926 bei einer Belegzahl von 890 36 Typhusträger (6 männl., 30 weibl.), das ist 4,04%, auf. Die Typhusträger sind bei weitem nun nicht immer nur unter den Verpflegten zu suchen, wir finden sie auch unter den Angestellten, so wurde z. B. für die Epidemie 1915 in der Prov.-Heil- und Pflegeanstalt Suttrop-Warstein ein keimtragender Anstaltsschweizer verantwortlich gemacht.

Was Sachsen anlangt, so ist hier besonders die Landesanstalt Hubertusburg zu erwähnen. Hier wurden bis 1908 21 weibl. Typhusträger festgestellt, dazu kamen noch 33 »verdächtige« Frauen, d. h. Geisteskranke mit einem Gruber-Widaltiter von 1:50 und darüber. Unter den 21 weibl. Typhusträgern befand sich eine Wärterin.

Aus dem Bericht von *Günther* und *Böttcher* geht deutlich hervor, wie immer die Infektionen von bestimmten Häusern (VI und VII) in Hubertusburg ausgehen und wie sich dort immer wieder Bazillenträgerinnen und »verdächtige« Agglutinanten finden.

Die mit dem Wegschaffen der Fäkalien aus diesen Häusern beschäftigten Männer verschleppten damals den Typhus auf vorher völlig typhusfreie Abteilungen, und Wärterinnen, die aus diesen Häusern nach der Anstalt Colditz versetzt wurden, schleppten dort Typhus ein; auch auf ein Anstaltsgut wurde der Typhus durch eine Bazillenträgerin verschleppt und die Verbreitung des Typhus in das nahegelegene Wermsdorf 1907 durch in der Anstalt arbeitende Gartenfrauen ist nicht von der Hand zu weisen. Um die Gefahr zu bannen, wurden die Typhusträger in einer massiver Isolierbaracke abgesondert, an die auch das Personal versetzt wurde, welches Typhusträger war.

Die »verdächtigen« Frauen mit 1:50 positiver Gruber-Widal-

schen Reaktion wurden isoliert und fortgesetzt beobachtet. Jede Zuführung, das neueintretende Personal wurde serologisch und bakteriologisch genau untersucht und dabei besondere Aufmerksamkeit dem Küchenpersonal zugewandt, ebenso wie natürlich Wasser und Milch kontrolliert und die Speisenzubereitung sorgfältig überwacht wurden.

Während des Weltkriegs war eine Abteilung für männliche Typhusbazillenträger aller Sächs. Landesanstalten in Colditz eingerichtet worden, die 1924 nach Groß-Schweidnitz verlegt wurde.

Zusammengestellt nach den Anstaltsberichten 1900—24 ergibt sich nun folgende Übersicht der Typhusträger in Sächs. Landesanstalten:

Anstalt	Jahr	Verpflegzahl	Gasamtzahl der Typhusträger	%	Personal		Verpflegte	
					männl.	weibl.	männl.	weibl.
Zschadraß	1907	656	1	0,14	—	—	—	1
Großschweidnitz	1909	606	2	0,33	—	1	—	1
Untergöltzsch ..	1910	736	1	0,13	—	—	—	1
Großschweidnitz	9110	636	1	0,15	—	—	1	—
	1911	648	1	0,15	—	—	—	1
Hubertusburg...	1911	1715	21	1,22	—	—	—	21
Untergöltzsch ..	1912	701	1	0,14	—	—	—	1
Großschweidnitz	1912	692	4	0,57	—	—	4	—
Zschadraß	1912	714	2	0,28	—	1	1	—
Dösen	1913	1823	1	0,054	—	—	—	1
Großschweidnitz	1913	692	9	1,3	—	—	6	3
Zschadraß	1913	909	1	0,11	—	—	1	—
Colditz	1914/ 1918	2252	2	0,08	—	—	2	—
Hubertusburg...	1923	957	1	0,10	—	1	—	—
Großschweidnitz	1924	732	1	0,13	—	—	1	—
Zusammen .			49		—	3	16	30

Vergleichen wir diese Zahlen einmal mit denen, wie sie für die freiwohnende Bevölkerung angegeben worden sind. Sie bewegen sich zwischen 3—4,62—6% (*Frosch, Schneider, Park*). Die überwiegende Beteiligung der Frauen wird auch von diesen Autoren hervorgehoben.

Für Sachsen liegen die Dinge nun so: nach den mir zugänglichen Unterlagen kommen auf die Zeit von 1907—1918 — 1907 deshalb, weil man seit dieser Zeit zum ersten Male auf Angaben über Typhuskeimträger stößt — auf 431 Typhuserkrankungen 47 Dauerausscheider = 10,19% oder für 1907 bis 1924 auf 456 Typhuserkrankungen 49, das sind 10,75%. Zur Zeit liegen die Dinge so, daß in Hubertusburg 17 weibl. Typhus-

träger zusammengefaßt sind und in Großschweidnitz 9 männliche. Das sind hohe Zahlen. Man muß dabei nur im Auge behalten, daß es sich um kleine Ziffern überhaupt handelt, bei denen man sich fragen muß, ob man aus ihnen einen Rückschluß ziehen darf. Weiter muß bedacht werden, daß vielleicht die Zahl der Ty.-E. doch eine höhere ist, als angegeben. Vielleicht ist doch auch bis in die neuere Zeit mancher Typhusfall unter falscher Flagge (Grippe, klimatisches Fieber *Bundts)* der Feststellung entgangen; besonders wenn man bedenkt, daß ja der Typhus vor allem bei geimpften, ehemaligen Kriegsteilnehmern atypisch verlaufen konnte. Schließlich muß darauf hingewiesen werden, daß sich die Typhusbazillenträger in Irrenanstalten viel besser erfassen lassen dürften, als in der übrigen Bevölkerung (*Neisser*). Daß schließlich eine höhere Letalität aber auch die Zahl eventueller Dauerausscheider verringern dürfte, kann angenommen werden.

Wie stellt sich nun die Zahl der Typhusträger zu der Zahl der Anstaltsinsassen selber? Immer ist behauptet worden, daß sich auffallend viel Typhusträger unter den Insassen der Irrenanstalten befinden. *Flügge* z. B. spricht in der 8. Aufl. seines Lehrbuches von 1%. Dem ist von irrenärztlicher Seite widersprochen worden (*Neisser*). Nach den mir zugänglichen Angaben pendeln die Zahlen in außersächsischen Anstalten zwischen 0,08—5,3% hin und her. Die auffallend hohen Zahlen sind eigentlich jedesmal während bzw. in direktem Anschluß an explosionsartig aufgetretene Epidemien gefunden worden; des weiteren finden sie sich in Anstalten, in denen der Typhus seit langen Jahren endemisch ist. Meist wird die Erfahrung gemacht, daß immer wieder die Insassen ganz bestimmter Häuser erkrankten in Form kleiner Epidemien, bei denen es dann anscheinend zur Ausbildung zahlreicher Typhusträger kommen kann.

Es muß hervorgehoben werden, daß im Aufnahmebezirk mancher Anstalt der Typhus endemisch vorkommt; es besteht hier also die Möglichkeit, Keimträger immer wieder durch Neuaufnahmen in die Landesanstalten zu bekommen. Dieser Gefahr kann man nur begegnen durch systematische serologische und bakterielle Untersuchungen aller Neuaufzunehmenden und Neueinzustellenden (Runderlaß d. Pr. Min. f. Volksw. 11. 2. 26). Es ist selbstverständlich, daß eine völlige Klarheit hier nur geschaffen werden könnte durch eine systematische Untersuchung aller Anstaltsbewohner im Laufe der Zeit — Kranke und Angestellte — (*Solbrig*).

In den Sächs. Landeszentralen hält sich der Prozentsatz der Keimträger nach der Aufstellung 1907—24 im allgemeinen unter 1%.

In Großschweidnitz wird diese Zahl um 0,3% im Jahre 1913 überschritten. Diese Dauerausscheider — so werden sie im Bericht bezeichnet — scheinen noch im Zusammenhang zu stehen mit der großen Epidemie 1907/08, zumal ja 1909—1913 in Großschweidnitz sowohl auf der Männerseite, als auf der Frauenseite dauernd Typhusfälle auftraten. 1925/27 werden die Prozentsätze

von 1,12—0,85% in Großschweidnitz bedingt dadurch, daß 1924 alle männlichen Dauerausscheider nach Großschweidnitz verlegt wurden. Die Landesanstalt Hubertusburg mit ihren 1,22% hat seit Ende der 70er, anfangs der 80er Jahre Typhus; hier liegen die Verhältnisse ganz wie in anderen Anstalten mit endemischem Typhus. Hubertusburg hatte Typhushäuser, in denen sich der Typhus findet, von denen er verschleppt wird und in denen wir die meisten Keimträger finden (Frauenhäuser VI und VII).

Im allgemeinen dürfte für die Sächs. Landesanstalten die Gefahr der Einschleppung des Typhus durch Keimträger nicht sehr groß zu veranschlagen sein, denn wir haben keine Aufnahmebezirke, in denen der Typhus in dem Maße endemisch ist oder gewesen ist, wie in manchen anderen Gegenden des Reiches. Eine Gefahr besteht vielleicht für die Anstalten, deren Aufnahmebezirke die Großstädte bilden mit ihrer fluktuierenden Bevölkerung.

Die oben gegebenen Aufstellungen zeigen weiter, wie die weiblichen Bazillenträger sowohl bei den Verpflegten, als auch unter dem Personal, viel zahlreicher sind, als die männlichen Keimträger. Hierbei ist nicht zu vergessen, daß ja auch an den Ty.-E. das weibliche Personal stärker beteiligt ist als das männliche. Eine alte Erfahrungstatsache, die z. T. vielleicht mit der erhöhten Neigung des weiblichen Organismus, an bestimmten Leiden, z. B. Gallenblasenentzündung zu erkranken, zusammenhängen mag.

Der Keimträger, ob männlich oder weiblich, ist innerhalb der Anstalt letzten Endes in den allermeisten Fällen die Urquelle eventueller Epidemien. Ganz besonders gefährlich und ausgedehnt pflegen sich diese zu gestalten, wenn die Dauerausscheider in der Küche, Zuputzküche oder sonst im Nahrungsmittelbetriebe der Anstalt tätig sind. So dürfte die Großschweidnitzer Kartoffelsalatepidemie mit ihren 239 Ty.-E. und 10 Ty.-St. in den Jahren 1907/08 letzten Endes auf einen im Küchenbetriebe tätigen Dauerausscheider zurückzuführen sein. Daß Dauerausscheider auch den Meiereibetrieb einer Anstalt gefährden können, ist an der Hand von Beispielen erwiesen.

Aber nicht nur der innere, d. i. eigentliche Anstaltsbetrieb ist gefährdet, die Gefährdung erstreckt sich u. U. auch auf andere Anstalten, nämlich dann, wenn Keime führende Personen oder Keime ausscheidende Kranke, ohne daß sie als solche erkannt wurden, in andere Anstalten versetzt werden. In Sachsen ist Colditz dafür ein Beispiel. Immer wieder wird in den Berichten darüber Klage geführt, daß von Hubertusburg nach

Colditz versetztes Personal — meist Wärterinnen — den Typhus eingeschleppt habe.

Wie die Wermsdorfer Epidemie 1907 zeigt, kann außerdem aber noch eine Gefährdung umliegender Orte eintreten, dann nämlich, wenn Bewohner dieser Orte, wie es gar nicht selten der Fall ist, in den Anstalten beschäftigt werden, in denen Keimträger zu finden sind. Die Möglichkeit der Infektion dieser Leute ist nicht von der Hand zu weisen und damit die Weiterverbreitung des Typhus auf die Umgebung nicht ausgeschlossen.

Der Gefahr nun, die in so mannigfacher Weise von seiten der Keimträger bzw. Dauerausscheider droht, muß unseres Erachtens auf zweierlei Weise zu Leibe gegangen werden.

1. Es muß versucht werden, die Keimträger (Kranke und Angestellte) baldigst festzustellen.

2. dann muß ihre strenge Absonderung innerhalb einer Anstalt durchgeführt werden. Das Sächs. Ministerium des Innern hat dem bis zu einem bestimmten Grade Rechnung getragen durch die Verfügung vom 18. 12. 1926.

Man muß hierbei eins bedenken: Bis die Untersuchungsresultate der von Neuaufnahmen eingesandten Proben zurück sind aus der Untersuchungsstelle, vergeht immer einige Zeit. Es ist deshalb tunlichst zu vermeiden, neu aufgenommene Kranke kurze Zeit nach ihrer Aufnahme zu verlegen. An der Einrichtung ganz bestimmter Aufnahmeabteilungen ist festzuhalten.

Was das Personal anlangt, so bildet ja Sachsen seine Schwestern und Pfleger in eigenen Anstalten (Schwesternhaus, Pflegerhaus) heran. Es dürfte sich empfehlen, gleich dort beim Eintritt den jungen Nachwuchs auf das Vorhandensein von Dauerausscheidern oder Keimträgern zu untersuchen.

Im allgemeinen dürfte damit die Möglichkeit gegeben sein, der Einschleppung und Verbreitung von Typhus durch Bazillenträger in den Sächs. Landesanstalten einen Riegel vorzuschieben; man muß sich aber immer vor Augen halten, daß selbst bei dreimaligen, in Zwischenräumen von 8 Tagen wiederholten Kot- und Urinuntersuchungen doch noch ein Keimträger bzw. Dauerausscheider der Feststellung entgehen kann, denn die Ausscheidung der Bazillen erfolgt eben oft in langen Pausen.

Außerordentlich begrüßenswert ist noch der Vorschlag *Solbrigs*, den Anstalten regelmäßig Mitteilungen über das Auftreten von Infektionskrankheiten im Aufnahmebezirk zu machen; damit würde eine weitere Sicherung der Anstalten getroffen werden, wie sie ja auch für Sachsen jetzt besteht.

Die Frage in Punkt 8 des für die Sächs. Heil- und Pflegeanstalten gültigen Aufnahmegutachtens nach früher etwa vom

Patienten durchgemachter Typhusinfektion müßte auf die nähere Umgebung des Kranken ausgedehnt werden, ohne daß deshalb die vorgeschriebene Bescheinigung darüber, daß der Kranke innerhalb der letzten 6 Wochen mit ansteckenden Krankheiten nicht in Berührung gekommen ist, hinfällig wird.

Die Bazillenträger bzw. Dauerausscheider selber sind selbstverständlich in besonderen Abteilungen von den übrigen Kranken der Anstalt abzusondern. Diese Abteilungen müssen auf der einen Seite strenge Absonderungsmöglichkeiten, auf der anderen Seite jede der psychischen Erkrankung des Patienten entsprechende Behandlungsmöglichkeit gewährleisten. Daß man weiter auf diesen Abteilungen nur das keimführende Personal beschäftigen soll, ist einleuchtend. Sollte das wegen Mangel an Zahl nicht möglich sein, dann müssen auf alle Fälle Eß-, Wohn-, Schlafräume, Wasch- und Baderäume des Personals streng getrennt gehalten werden von den übrigen Räumen. Ein besonderer Treppenaufgang für das Personal muß vorbehalten werden, um die Keimübertragung durch das Schuhwerk möglichst zu verhindern.

Selbstverständlich ist, daß das Eß-, Trink- und Waschgeschirr der Kranken von dem des Personals und der übrigen Anstalt streng gesondert gehalten wird und gesondert zu desinfizieren ist. Ebenso selbstredend muß eine einwandfreie Desinfektion aller Entleerungen und der Wäsche garantiert sein. Wenn *Oswald* verlangt, daß das Personal keinesfalls ohne vorherige gründliche Reinigung und ohne vorher andere Kleidung angezogen zu haben, das Absonderungshaus verlassen darf, so muß dem nur zugestimmt werden.

Darüber, ob, wie *Schmidt* es will, die Wäsche auf dem Absonderungshaus desinfiziert und gewaschen werden soll, läßt sich streiten. Mir will es scheinen, als ob eine gründliche Desinfektion der Wäsche (Verordnung d. Sächs. Min. d. Innern vom 29. 5. 1914 und Sächs. Desinfektionsanweisung bei Typhus 1923) im Absonderungshaus genügen müßte.

Das Absonderungshaus muß eine eigene Kläranlage haben. Daß daneben natürlich das Personal gründlichst über die Verhaltungsvorschriften bei der Pflege Typhuskranker und über die Desinfektionsvorschriften zu unterrichten und dauernd zu kontrollieren ist, ist ganz klar.

Die Dauerausscheider sind zu besonderen Arbeitskolonnen zusammenzustellen, die dann keinesfalls zu Arbeiten in Meierei-, Küchen- oder Wirtschaftsbetrieben verwandt werden dürfen. Man kann ihnen aber auf der anderen Seite die nötige Bewegungsfreiheit ruhig lassen und ihnen die Möglichkeit geben, sich nützlich zu erweisen, indem man sie in Kolonnen zusammengefaßt ruhig mit Wegarbeiten, Kohlenschaufeln beschäftigt; Dinge, die auch von anderer Seite immer wieder betont worden sind.

Die Gärten der Isolierhäuser für Dauerausscheider sind getrennt zu halten von denjenigen der übrigen Anstalt, sie dürfen keinesfalls von anderen Kranken betreten werden; auch bei Vergnügungen in der Anstalt müssen die Dauerausscheider für sich bleiben; sie müssen auch dabei abgesondert werden.

Es bedeutet zweifellos eine Vereinfachung, Verbilligung und größere Sicherheit, wenn die Dauerausscheider in einer Anstalt gesammelt werden; wenn man sich schon einmal dazu entschließt, dann ist es am einfachsten, wenn man beide Geschlechter in einer Anstalt unterbringt. Das ist bei den an sich für Sachsen niedrigen Zahlen der Dauerausscheider das Richtigste, Billigste, einfachste und im übrigen Gefahrlosere, als wenn man geschlechtsgetrennte Dauerausscheiderabteilungen an zwei verschiedenen Anstalten einrichtet. Was die Dauerausscheider selber anlangt, so hat jüngst *Süpfle* in der Hauptversammlung Sächs. Bezirksärzte vorgeschlagen, zur Feststellung, ob jemand noch als Dauerausscheider anzusehen ist, drei Untersuchungen vorzunehmen.

1. Untersuchung von Stuhlgang nach spontaner Entleerung.
2. Untersuchung nach Ricinus-Ölsäuregabe.
3. Duodenalsondierung.

Er weist darauf hin, daß ein negatives Ergebnis der Duodenalsondierung nichts gegen das Vorhandensein von Typhus-Bazillen bedeute; er verlangt, daß die Streichung von der Liste der Dauerausscheider nur nach dem negativen Ausfall der vorgeschlagenen drei Untersuchungsarten erfolgen kann.

Was die Gruber-Widalsche Reaktion anlangt, so haben sich Stimmen erhoben, die dieser Reaktion bei Schutzgeimpften jede diagnostische Bedeutung absprechen *(Korff — Petersen)*. Bis vor kurzem mußte man zweifellos mit einer Nachwirkung der Typhusschutzimpfungen im Kriege auf den Ausfall der Gruber-Widalschen Reaktion rechnen *(Huber)*; deshalb muß auch bei diesen Feststellungen in den Heil- und Pflegeanstalten auf eine genaue Beachtung der Titer-Kurve und des klinischen Bildes gedrungen werden.

Drei Viertel aller Dauerausscheider pflegen angeblich Widal-positiv zu sein. Deshalb muß auch eine positive Gruber-Widalsche Reaktion sofort den Verdacht auf Vorhandensein eines Dauerausscheiders lenken, auch dann, wenn der Titer niedrig ist (Sächsische Verf. v. 26. 12. 1927).

Hierher gehört auch das schwierige Kapitel der sogenannten Agglutinanten, die sich immer besonders bei Hausepidemien in der Umgebung von Typhuskranken vorfinden, ohne selber nachweislich typhuskrank zu sein oder gewesen zu sein. In ihren Reihen findet man immer wieder Keimträger bei sorgfältiger Untersuchung. Sie sind eine weitere bedeutsame Gefahr für die Irrenanstalten. Man sollte deshalb möglichst nicht-typhusgeimpfte Kranke mit positivem Widal (1:50 und höher, *Schröder* geht noch tiefer 1:25) nicht unter anderen Kranken lassen, auch dann nicht, wenn eine dreimalige Stuhl- und Urinuntersuchung ne-

gativen Bazillenbefund hatte. *Schröder* ist hier nur zuzustimmen, wenn er noch öftere Untersuchungen verlangt. Für diese »Verdächtige« sind sogenannte Agglutinantenstationen zu bilden, auf denen alle Vorsichtsmaßnahmen gegen eine eventuelle Typhusverbreitung zu treffen sind; auf denen die Kranken mindestens halbjährlich einer erneuten serologisch-bakteriologischen Untersuchung zu unterziehen wären und die von *Süpfle* vorgeschlagenen Untersuchungen systematisch zu erfolgen hätten.

Böttchers Erfahrungen, der darauf hinweist, daß bei derartigen Leuten sich doch immer wieder virulente Typhusbazillen nachweisen lassen, zwingen dazu, auf sie besonders zu achten. Daß man neben all diesen Maßnahmen weiter versuchen soll, die Keimträger auf medikamentösem Wege von ihren Bazillen zu befreien bzw. die von ihnen ausgeschiedenen Keime avirulent zu machen, ist einleuchtend.

Wenden wir uns nun zu der Frage, auf welchem Wege breitet sich der Typhus in den Anstalten aus!

Wir sehen, wie es immer wieder die unsauberen, unruhigen Kranken sind, unter denen der Typhus endemisch ist bzw. von denen er sich ausbreitet — (Hubertusburg, Sonnenstein 1901). Der unruhige, bazillenführende Kranke ist eine enorme Gefahr; aber auch der unruhige, psychotische, zunächst nicht typhuskranke Mensch wird sich leichter eine Infektion zuziehen als der ruhige, sich geordnet verhaltende Geisteskranke. Diese Unruhigen erkranken leichter und verschleppen eben auch leichter die Infektion. Deshalb waren es immer wieder die sogenannten »Unruhigenhäuser«, die den Kernpunkt der Epidemien abgeben. Hier kommt es zu einer Durchseuchung ganzer Häuser, hier finden wir die meisten Keimträger und auch die meisten Agglutinanten (»Verdächtige«).

Aber auch der ruhig verblödete Kranke, dem es ganz einerlei ist, wie er krank ist, der schmiert und Kot und Urin absetzt, wo es ihm paßt, bedeutet eine erneute Quelle der Gefahr. Er infiziert sich leichter, weil er alles in den Mund zu stecken pflegt, und verschleppt auch leichter.

Häufig stellen leichte Darmkatarrhe oder sonst fieberhafte Allgemeinerkrankungen, die an sich klinisch gar nicht den Eindruck des Typhus machen oder zu machen brauchen, in Häusern mit den oben skizzierten Kranken doch letzten Endes Typhusfälle dar. Daß in solchen Häusern eine schleichend verlaufende Infektion tatsächlich aber statt hat und daß sich da aller Insassen schließlich eine mehr oder weniger deutliche Immunität bemächtigt hat, geht vielleicht daraus hervor, daß es meist gerade die neu in ein solches Haus versetzten Kranken oder Pflegepersonen sind, die erkranken.

Daß mit all diesen gekennzeichneten Verhältnissen eine erhöhte Gefahr für das Pflegepersonal verbunden ist, leuchtet ein.

Interessant ist, was darüber die Anstaltsdirektion Hubertusburg in einem Bericht niedergelegt hat, den sie mir dankenswerterweise zur Verfügung stellte. Danach erkrankten in den Jahren 1879—1926 im ganzen an Typhus:

31	Wärterinnen, ...	davon	starben	3
9	Pflegerinnen, ...	„	„	1
1	Dienstmädchen, ...	„	„	1
2	Küchenmädchen, ...	„	„	—
6	Gartenfrauen, ...	„	„	3
7	männl. Mitglieder von Beamtenfamilien,	„	„	3
5	weibl. Mitglieder von Beamtenfamilien, .	„	„	—
61				11

Es ist bekannt, daß Nahrungsmittel oft als Infektionswege für den in den Landesanstalten aufgetretenen Typhus angegeben wurden; eine Annahme, deren Möglichkeit ohne weiteres als berechtigt anerkannt werden muß, wenn man bedenkt, wie lange oft sich Typhuserreger in Nahrungs- und Genußmitteln halten können. So hat die Milch auch in Irrenanstalten, wenn auch selten, zur Entstehung von Epidemien geführt; in den Sächs. Landesanstalten kamen sog. Milchepidemien in den Jahren 1900 bis 1927 nicht vor, im Gegensatz zu ihrem öfteren Vorkommen im Lande selbst. Es ist aber ganz selbstverständlich, daß Meierei- und Küchenbetriebe ganz besonderer Kontrolle auf Sauberkeit und einwandfreie Verarbeitung der Nahrungsmittel bedürfen. Was das Küchen- und Meiereipersonal anlangt, so habe ich oben bereits eingehend auf die Vorsichtsmaßnahmen hingewiesen, die unbedingt nötig sind.

Die meisten Anstalten verfügen über eigene Gärtnereien. Es darf wohl als selbstverständliche Forderung hier gelten, daß in diesen jedwede Kopfdüngung unterbleiben muß.

Die Feststellungen *H. Mayer*s, daß der Kartoffelsalat als Vermittler der Typhusinfektionen in Anstalten angesehen werden kann, haben auch für die Sächs. Landesanstalten ihre Bestätigung erfahren in der im Jahre 1907/08 in der Sächs. Landesanstalt Großschweidnitz aufgetretenen Typhusepidemie. Es erkrankten damals 239 Personen; explosionsartig entstanden innerhalb zweier Wochen 182 Fälle. Diese Art des Auftretens der Krankheit bei einwandfreiem Trink- und Gebrauchswasser, bei tadelloser Milch, Butter, einwandfreiem Salat, Gemüse, im Verein mit der Tatsache, daß in erster Linie Kostgänger III. Klasse erkrankten, lenkte den Verdacht auf eine Kücheninfektion Es erkrankten nur solche Personen, die, wie sich herausstellte, von einem am 17. 12. 1907 abends in der III. Kl. ausgespeisten Kartoffelsalat gegessen hatten. Die Erkrankungsziffer des Pflegepersonals war auffallend hoch, 31,3%, darunter waren 27% männliches und 35,7% weibliches Pflegepersonal. Die große Beteiligung des weiblichen Personals erklärt sich aus dem Umstand, daß dieses unverheiratet aus der III. Kl. verpflegt wurde.

Die Gesamtletalität betrug 4,17%, war also niedrig.

Bis Mai 1909 konnten keine Ty.-Keimträger bzw. -Ausscheider ausfindig gemacht werden und doch werden sie dagewesen sein. Bereits von 1910 an traten wieder vereinzelte Typhusfälle hier auf, für deren Erklärung keine andere ungezwungere Annahme mehr übrig bleibt, als das Vorhandensein von Dauerausscheidern aus der Epidemie 1907/08.

Was Trinkwasserepidemien anlangt, so sind die in der Jetztzeit, wo jede Anstalt ihre einwandfreie Trinkwasseranlage besitzt, relativ selten. Sie sind in den 25 Berichtsjahren in Sächs. Landesanstalten überhaupt nicht beobachtet worden.

Jede Anstalt hat ihr Augenmerk besonders auf einwandfreie Beseitigung ihrer Abwässer, des Inhalts der Aborte und der Senkgruben zu richten. Im allgemeinen kommt es in diesen ja nicht zu einer eigentlichen Vermehrung der Typhuserreger (*Gaethgens*), aber diese Erreger können in ihnen, einmal hineingelangt, unter Umständen lange virulent bleiben, wenigstens deuten *Fürbringers*, *Stiefels* Untersuchungen darauf hin. *Kühnemann* fand eine lange Lebensdauer der Bazillen im Inhalt der Abortgruben in sog. Typhushäusern. Wahrscheinlich hängt diese lange Lebensdauer aber mit ständigen Neuentleerungen in die Abortgruben hinein zusammen. Immerhin besteht die Möglichkeit der Typhusverschleppung innerhalb der Anstalt, wenn eine durch einen Dauerausscheider infizierte Abortgrube bald darauf entleert wird. In den Anstalten erfolgt meistens die Räumung bzw. die Abfuhr der Gruben durch Krankenkolonnen. Diese Entleerung erfolgt leider noch häufig auf recht primitive Weise. Dadurch ist natürlich eine weitgehende Beschmutzung der Grubenumgebung möglich und ein Weiterverbreiten der Infektionskeime durch die Stiefel der Arbeiter unter Umständen nicht zu verhindern. Weit gefährlicher ist aber dabei die Verschleppungsmöglichkeit, welche sich durch die bei der geschilderten Art der Räumung unvermeidlich eintretende Beschmutzung der Hände und Kleider der Kranken ergibt. Hinzu kommt noch, daß vielfach gerade zu diesen Arbeiten nicht die intelligentesten Kranken genommen werden, sondern Leute, die abgestumpft gegen jede Verunreinigung ihres äußeren Menschen auch durch noch so energische Hinweise auf unbedingte Säuberung nicht zu belehren sind. Daß dem tatsächlich so ist, erhellt aus dem Umstand, daß in einzelnen Anstalten (Colditz, Hubertusburg) immer wieder Männer erkrankten, die infizierten Grubeninhalt ausräumten und wegschafften. Dieselben Verhältnisse liegen natürlich bei der Reinigung der sogenannten Tonnen vor. Es dürfte die moderne Zeit auch in den alten Anstalten mit diesem System der Beseitigung der Fäkalien hoffentlich überall gebrochen haben und eine einwandfreie Ableitung derselben und der Spül- und Abwässer ermöglicht haben.

In diesem Rahmen sei auf eine weitere Möglichkeit der Keimübertragung noch hingewiesen: es handelt sich da um die Verbreitung des Typhus durch Insekten, in erster Linie die Fliegen. — Wenn diese Gelegenheit haben, mit vom Dauerausscheider infizierten Speiseresten, Abwässern oder Fäkalien in Berührung zu kommen, können sie zweifellos den Typhus übertragen. Gefährlich ist hier in erster Linie die Stubenfliege, sie

nistet ja geradezu auf Abfällen, Speiseresten, Se- und Exkreten, infiziert sich dabei nicht bloß die Beine und Wimpernkleid, sondern Rüssel, Fühler und schließlich auch ihren eigenen Magendarmkanal. Beim Niederlassen auf andere Nahrungsmittel kann sie dann die Typhuskeime, teils durch Abstreifungen von ihrem Äußeren, teils mit ihren Abgängen (Faeces) übertragen. Bisher ist die Bedeutung dieser Übertragungsmöglichkeit noch wenig genau untersucht worden. Es ist unbedingt nötig, daß ihr nachgegangen wird, besonders dort, wo Dauerausscheider vorhanden sind, und es muß für einen fliegensicheren Abschluß der Küchenabfälle, Speisereste, Se- und Exkrete aller Art gesorgt werden.

Das Ziel der Typhusbekämpfung muß also nach dem Vorstehenden in Irrenanstalten folgendes sein: Einwandfreie Wasserversorgung, tadellose Regelung der Abwässerableitung, scharfe Kontrolle aller Nahrungs-, Küchen- und Meiereibetriebe, die hygienisch einwandfreie Einrichtung aller, auch der Unruhigenabteilungen und in erster Linie das systematische Aufsuchen und Unschädlichmachen der Dauerausscheider bzw. der Bazillenträger. Die Frage der Typhusimpfungen möchte ich nur kurz streifen: Die Impfung ist zum mindesten dort am Platze, wo Kranke oder Personal in Anstalten mit endemischem Typhus versetzt werden müssen. Dort ist vielleicht eine zweimal im Jahre zu erfolgende Durchimpfung der Anstaltsbewohner gerechtfertigt. Bricht einmal eine große Epidemie aus, die ja meist explosionsartig durch infizierte Nahrungsmittel zustande kommt, so ist es nötig, die ganze Anstalt unter Berücksichtigung des Weges der Infektion durchzuimpfen. Man könnte für Anstalten, die sich in dauernder Gefahr befinden, ruhig auch auf *Schroeders* Vorschlag der Ty.-Schutzimpfung aller Zugänge zukommen.

Zusammengefaßt ist folgendes zu sagen: Der Typhus abdominalis, der in den Irrenanstalten schon seit langen Jahren entweder als endemischer Typhus oder in Form von Epidemien auftritt, bedeutet nicht nur eine Gefahr für die Anstalt selber, sondern unter Umständen auch für die weitere Umgebung derselben. Die Urquellen der Infektion sind bei endemischem Vorkommen die Dauerausscheider bzw. Bazillenträger. Auch explosionsartig auftretende Epidemien in den Irrenanstalten, die meist infolge Verbreitung der Keime durch Nahrungsmittel großen Umfang annehmen, verdanken ihre letzte Entstehung wieder den Dauerausscheidern bzw. Keimträgern.

Da also den Anstalten von letzteren die Hauptgefahr droht, muß der Hauptwert auf ihre Feststellung und Unschädlichmachung gelegt werden. Beim Vorkommen von Typhus im Auf-

nahmebezirk einer Anstalt ist die Anstaltsleitung zu benachrichtigen.

In Sachsen ist das Verhältnis der Erkrankungszahlen an Typhus zu den Anstaltsinsassen günstiger als im allgemeinen in den sonstigen deutschen Irrenanstalten, es ist ungünstiger als das gleiche Verhältnis in der freien Bevölkerung (1900—1924).

Die Typhusletalitätsziffer von 8% in den Jahren 1900—1924 ist für die Sächs. Landes- Heil- und Pflegeanstalten erheblich geringer, als wie für die freie Bevölkerung Sachsens. Die Zahl der Ty.-Träger verglichen mit der Zahl der Ty.-E. ergibt ein Verhältnis von 10,75%.

Das Personal der Sächs. Landes- Heil- und Pflegeanstalten ist mit 13,32% an den Typhuserkrankungen beteiligt; das weibliche überwiegt das männliche im Verhältnis von 2 zu 1.

In den Sächs. Landesanstalten sind im allgemeinen weniger als 1% der Insassen zu Dauerausscheidern geworden (Berichtsjahre).

Krankenbewegung vor und nach dem Kriege in der mittelfränkischen Heil- und Pflegeanstalt Ansbach.

Von
Dr. C. von Hößlin, Anstaltsdirektor.

Die Anregung zu nachstehender Untersuchung gab mir die Arbeit von Dr. *Eitner* aus dem Jahre 1928: »Die Ursache des starken Anwachsens der in Anstalten untergebrachten Geistig-Gebrechlichen, nachgewiesen an den Verhältnissen in der Provinz Sachsen«. Wenn ich mir auch von vornherein völlig klar darüber war, daß die engbegrenzten und außerdem lokal recht einseitigen Verhältnisse der Heil- und Pflegeanstalt Ansbach nicht ohne weiteres mit den *Eitner*schen Tabellen und den sich hieraus ergebenden Schlußfolgerungen in Vergleich gesetzt werden können, schienen mir andererseits die Untersuchungen *Eitner*s aber doch einen gewissen Maßstab zu bilden, an dem auch kleinere Verhältnisse gemessen werden könnten. Ich glaubte auch, erwarten zu dürfen, daß ich, wenn ich mich streng an das Schema *Eitner*s hielt, zu Ergebnissen würde gelangen können, die für die Frage der weiteren Entwicklung der Anstalt Ansbach, insbesondere die Frage nach der eventuellen Notwendigkeit rechtzeitiger Vermehrung der Anstaltsplätze nicht uninteressant, vielleicht sogar bestimmend sein könnten. Abgesehen von der Hauptfrage: Trifft das, was Dr. *Eitner* für die Provinz Sachsen gefunden hat, im allgemeinen auch für eine einzelne Anstalt, speziell für unsere hiesige Anstalt zu?, setzte sich meine Arbeit auch zum Ziele, eine Reihe von Unterfragen teils statistischer, teils klinischer, teils fürsorgerischer Art näher zu untersuchen und damit die Anregung zur Nachprüfung an anderen Heil- und Pflegeanstalten zu geben. Für die künftige Gestaltung der Irrenfürsorge an den einzelnen Anstalten und darüber hinaus in Bayern kann dies möglicherweise von größerer Bedeutung sein.

Meine Untersuchungen berücksichtigen ausschließlich das Aufnahmegebiet der Heil- und Pflegeanstalt Ansbach aus den letzten 20 Jahren. Dieses Aufnahmegebiet umfaßt ganz Mittelfranken, mit Ausnahme der 3 Großstädte Nürnberg, Fürth und

Erlangen, sowie der Bezirksämter Nürnberg ohne den Amtsgerichtsbezirk Altdorf, Fürth ohne den Amtsgerichtsbezirk Cadolzburg, und Erlangen. Gezählt wurden sämtliche aus diesem Aufnahmebezirk in die Anstalten Ansbach und Erlangen aufgenommenen und in diesen jeweils untergebrachten Geisteskranken. Nicht berücksichtigt konnten werden die Geisteskranken aus dem Ansbacher Aufnahmegebiet, die sich etwa in Krankenhäusern oder in Privatanstalten befanden oder befinden. Sie können auch füglich außer Acht gelassen werden, da ihre Zahl einmal sehr gering sein dürfte und weil sie außerdem für die Krankenbewegung der Anstalt Ansbach bedeutungslos sind.

Übersicht 1.

Zahl der in den beiden mittelfränkischen Heil- und Pflegeanstalten Ansbach und Erlangen aus dem Aufnahmebezirk der Anstalt Ansbach untergebrachten Geisteskranken nach Lebensalter und Geschlecht.

Alter	Bestand am 31. XII. 1910			Bestand am 31. XII. 1927			Bestand am 31. XII. 1928.		
	Männ.	Frauen	Zus.	Männ.	Frauen	Zus.	Männ.	Frauen	Zus.
0—15	1	0	1	0	0	0	2	1	3
16—25	23	21	44	21	15	36	22	17	39
26—50	164	156	320	210	200	410	215	225	440
51—70	77	107	184	120	129	249	124	151	275
über 70	13	27	40	15	23	38	20	24	44
Summe	278	311	589	366	367	733	383	418	801

Aus diesen absoluten Zahlen ergibt sich eine Gesamtzunahme der anstaltsverpflegten Geisteskranken um 212. Während nach *Eitner* die Gesamtzahl der anstaltsverpflegten Geistig-Gebrechlichen in der Provinz Sachsen vom 31. 12. 1910 bis zum 31. 12. 1927 um 544, d. i. um 23,55%, stieg, wuchs in dem gleichen Zeitraume die Anstalt Ansbach — statt anstaltsverpflegten Geisteskranken aus dem Aufnahmegebiet der Anstalt Ansbach ist hier und künftig der Kürze halber nur von der »Anstalt Ansbach« die Rede — um 144, d. i. 24,61%. Ein erheblich stärkeres Anwachsen trat jedoch bis zum 31. 12. 1928 ein und zwar gegenüber 1910 um 212 oder 36%, dabei ist ersichtlich, daß sich der Zuwachs fast ausschließlich auf die Altersgruppen 25—70 bezieht, während sich bei den Altersgruppen 0—25 sogar ein, wenn auch ganz geringfügiger Rückgang, bei den Altersgruppen über 70 eine ebenso geringfügige Zunahme ergibt.

Setzen wir mit *Eitner* die gegebenen Zahlen mit dem Altersaufbau der Bevölkerung in Beziehung!

Übersicht 2.

Die Bevölkerung des Aufnahmegebietes der Anstalt Ansbach nach Geschlecht und Lebensalter:

Altersgruppe	Bevölkerung am 1. 12. 1910			Bevölkerung am 16. 6. 1925		
	Männer	Frauen	Zus.	Männer	Frauen	Zus.
0—15	84106	84908	169014	69606	69200	138806
16—25	31532	34526	66058	42818	45046	87864
26—50	70034	74342	144376	67905	82462	150367
51—70	33419	37328	70747	35148	38780	73928
über 70	7710	8835	16545	7476	8786	16262
Summe:	226801	239939	466740	222953	244274	467227

Auch für das Aufnahmegebiet der Anstalt Ansbach ergibt sich z. T. eine ziemlich erhebliche Verschiebung im Altersaufbau der Bevölkerung, wie auch folgende Tabelle zeigt:

Vom Hundert der Gesamtbevölkerung waren alt:

Altersgruppe	1910	1925
0—15	36,21	29,7
16—25	14,11	18,8
26—50	30,93	32,18
51—70	15,16	15,82
über 70	3,54	3,48

Bringe ich nun, wie *Eitner*, die Übersichten 1 und 2 zueinander in Beziehung und berechne, wieviele anstaltsverpflegte Geistig-Gebrechliche jeder Altersgruppe auf je 10000 der Gesamtbevölkerung jeder Altersgruppe entfallen, so ergibt sich folgende

Übersicht 3.

Auf je 10000 Lebende entfallen anstaltsverpflegte Geistig-Gebrechliche:

Altersgruppe	1910			1927			1928		
	Mä.	Fr.	Zus.	Mä.	Fr.	Zus.	Mä.	Fr.	Zus.
0—15	0,118	0,000	0,059	0,000	0,000	0,000	0,287	0,144	0,216
16—25	7,294	6,082	6,660	4,904	3,329	4,097	5,138	3,773	4,438
26—50	23,417	20,995	22,164	30,930	24,253	27,265	31,661	27,282	29,261
51—70	23,043	28,665	26,008	34,141	33,264	33,681	35,279	38,937	37,198
über 70	16,861	30,560	24,116	20,064	26,178	23,367	26,752	27,316	27,056

Das Ergebnis dieser Zusammenstellung deckt sich in keiner Weise mit den von *Eitner* errechneten Resultaten. Während

sich nämlich dort eine verhältnismäßig sehr erhebliche prozentuale Zunahme der anstaltsverpflegten Geistig-Gebrechlichen in den Altersgruppen 0—25 ergibt, welcher eine ebenso erhebliche Abnahme in den Altersgruppen 26—50 und 51—70 gegenübersteht, findet sich hier eine deutliche Senkung der ersten Gruppe und eine sehr beträchtliche Steigerung in den beiden letzteren Gruppen. Eine geringgradige Steigerung weist in der Anstalt Ansbach, wenn man das Mittel aus den beiden Jahren 1927 und 1928 zieht, auch die Gruppe über 70 Jahre auf, wenn auch für das Jahr 1927 ein ganz geringer Rückgang sich errechnet.

Zugegeben nun, daß die geringen Unterschiede in den Altersgruppen 0—25 und über 70 zwischen den Jahren 1910 und 1928 lediglich auf lokale Schwankungen zurückzuführen sind — namentlich gilt dies für die Jugendlichen unter 16 Jahren, die nur selten in unsere Anstalt kommen, sondern zunächst in charitativen Anstalten untergebracht werden — so kann es sich bei den großen Ausschlägen in den Altersgruppen 26—70 doch gewiß nicht mehr um solche Schwankungen handeln, vielmehr liegt hier eine tatsächliche und zwar recht bedeutende Zunahme der anstaltsverpflegten Geistig-Gebrechlichen vor.

Was die Beteiligung der Geschlechter an dieser Zunahme betrifft, so kann auch im Gegensatz zu *Eitner*s Ergebnissen nicht von einer einseitigen erheblichen Steigerung der Zahl der weiblichen anstaltsverpflegten Geisteskranken gesprochen werden. Die Zunahme verteilt sich vielmehr in den betreffenden Altersgruppen ziemlich gleichmäßig auf die Männer und Frauen, wie folgende Tabelle zeigt.

Übersicht 4.

Altersgruppe	1910	1927	1928	1910	1927	1928
	männlich			weiblich		
0—15	0,17	0,00	0,25	0,00	0,00	0,12
16—25	3,90	2,86	2,74	3,56	2,04	2,12
26—50	27,84	28,65	26,84	26,48	27,28	28,09
51—70	13,07	16,37	15,48	18,16	17,59	18,76
über 70	2,21	2,04	2,49	4,58	3,15	2,99
Summe:	47,19	50,00	47,81	52,81	50,00	52,19

Ist somit erwiesen, daß die prozentuale Verteilung der Geschlechter 1910 und 1928 in der hiesigen Anstalt nahezu völlig gleich geblieben ist, so zeigt sich weiterhin, daß relativ der Gesamtbestand von 1910 nicht nur erreicht, sondern bereits überschritten ist.

Dies ergibt sich aus einem Vergleich des Gesamtbestandes

von 1927 und 1928 mit dem aus den Verhältniszahlen von 1910 in Übersicht 3 und der Bevölkerungsübersicht 2 für 1925 errechneten Bestand von Mitte 1925.

Übersicht 5.

Altersgruppen	Rechnungsmäßiger Bestand für Mitte 1925		Tatsächlicher Bestand 31. XII. 1927		Tatsächlicher Bestand 31. XII. 1928	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
0—15	1	0	0	0	2	1
16—25	30	26	21	15	22	17
26—50	155	169	210	200	215	225
51—70	80	111	120	129	124	151
über 70	12	24	15	23	20	24
Summe:	278	330	366	367	383	418
	608		733		801	

Der Gesamtbestand von Ende 1927, noch mehr aber derjenige von Ende 1928 überschreitet also wesentlich den für Mitte 1925 rechnungsmäßig sich ergebenden Bestand und zwar in den Gruppen 26—70. In den Gruppen 0—25 dagegen bleibt er gegen 1925 zurück.

Für die Hauptgruppen lauten die Zahlen:

Altersgruppen	Errechnet Mitte 25	Tatsächlich 31. XII. 27	Mithin 1927 mehr oder weniger	Tatsächlich 31. XII. 28	Mithin 1928 mehr oder weniger
0—25	57	36	— 21	42	— 15
26—70	515	659	+ 144	715	+ 200
über 70	36	38	+ 2	44	+ 8
Summe:	608	733	+ 125	801	+ 193

Da sich aus den vorstehenden Berechnungen für unser Aufnahmegebiet gerade das Gegenteil der Befunde *Eitner*s ergibt, nämlich ein nicht nur absolutes, sondern auch ein relatives Minus der Altersgruppen 0—25 und ein absolutes und relatives Plus der Altersgruppen 26—70 der anstaltsverpflegten Geistig-Gebrechlichen, so erhebt sich für uns eine ganz andere Frage, als für *Eitner*. Für ihn war die auffallendste Tatsache, daß die Zahl der bis zu 25 Jahre alten Anstaltsinsassen trotz einer beträchtlichen Abnahme dieser Bevölkerungsgruppe seit dem Jahre 1910 um fast 50% gegenüber dem Jahre 1925 gestiegen

war. Als die wahrscheinlichste Erklärung hierfür nahm er an, »daß infolge einer Systemänderung auf dem Gebiete der Geistig-Gebrechlichen-Fürsorge die Kranken bereits in einem früheren Stadium der Krankheit in die Anstalten aufgenommen würden, um so leichter, schneller und nachhaltiger helfen und heilen zu können«. Nach seiner Auffassung handelt es sich nicht um eine wirkliche Zunahme an jugendlichen Geistig-Gebrechlichen, sondern lediglich um einen vermehrten Zustrom derselben in die Anstalten, der durch einen erhöhten Abfluß wieder ausgeglichen wird. Den großen Ausfall in den Altersstufen 26—70 erklärte *Eitner* mit den starken Verlusten des Krieges und der Hungerblockade.

So, wie die Verhältnisse bei uns liegen, können die Gründe *Eitners* zu ihrer Erklärung nicht herangezogen werden, es sei denn, daß eine stärkere Fluktuation sich auch für die hiesige Anstalt nachweisen ließe und daß sich diese Fluktuation nicht auf die Gruppe der Jugendlichen, sondern der Lebensalter von 26—70 bezieht.

Die folgende Übersicht zeigt die Krankenbewegung der Anstalt Ansbach in den Jahren 1909 bis 1914 und 1923 bis 1928. Ebenso wie bei *Eitner* sind unter den »Zugängen« nur die erstmaligen Aufnahmen gezählt, nicht die wiederholten Aufnahmen und nicht die Zugänge aus einer anderen Anstalt und die Beobachtungsfälle. Als Abgänge sind gezählt die als geheilt, gebessert oder ungeheilt Entlassenen, nicht aber die in andere Anstalten überführten oder die nach Ablauf der Beobachtung Entlassenen.

Übersicht 6.

Jahr	Mittlerer Jahresbestand	Zugang	Abgang ausschl. Sterbefälle	Abgang einschl. Sterbefälle
1909	582	213	142	186
1910	588	208	148	206
1911	586	197	137	205
1912	650	237	110	156
1913	673	216	148	199
1914	690	217	148	198
1923	574	126	87	129
1924	610	156	77	107
1925	651	183	97	132
1926	689	212	140	181
1927	721	205	132	174
1928	782	264	162	196

Auf je 100 des mittleren Bestandes entfallen mithin:

Jahr	Zugänge	Abgänge	
		a) ausschließlich Sterbefälle	b) einschließlich Sterbefälle
1909	36,59	24,40	31,95
1910	35,37	25,17	35,03
1911	33,61	23,37	34,98
1912	36,46	16,92	24,00
1913	32,09	21,99	29,56
1914	31,45	21,45	28,69
1923	21,95	15,15	22,47
1924	25,57	12,62	17,54
1925	28,11	14,59	20,27
1926	30,77	20,32	26,41
1927	28,44	18,31	24,13
1928	33,75	20,71	25,06
Durchschnitt: 1909—1914	34,26	22,21	30,70
Durchschnitt: 1923—1928	28,09	16,21	22,64

Aus dieser Zusammenstellung geht klar hervor, daß an der Anstalt Ansbach in den letzten Jahren keineswegs eine stärkere Fluktuation herrscht, daß vielmehr eine Stagnation gegenüber den Vorkriegsjahren eingetreten ist, denn die Abgänge sind heute gegenüber früher nicht gestiegen, sondern haben relativ abgenommen.

Auf 100 Zugänge kamen
im Durchschmitt der Jahre 1909 bis 1914 64,82 Abgänge
" " " " 1923 " 1928 60,34 "

Eitner erblickt bekanntlich in der von ihm für die Provinz Sachsen festgestellten Tatsache, daß in den letzten Jahren durchschnittlich um 7,74% mehr von den aufgenommenen Kranken wieder entlassen wurden, als vor dem Kriege, den Beweis dafür, daß der starke Zugang nicht lediglich oder fast ausschließlich eine Folge von Wohnungsnot, Verarmung und ähnlichen Ursachen sein kann, sondern vielmehr dafür, daß ein Systemwechsel in der Fürsorge für die Geistig-Gebrechlichen eingetreten ist. Nach dem Ergebnis unserer Zählung erhält aber die Vermutung eine starke Stütze, daß es gerade die Verarmung oder ein ähnlicher Faktor ist, welcher die Kranken des hiesigen Aufnahmegebietes nicht nur in die Anstalt führt, sondern sie auch dort

festhält. Die Wohnungsnot spielt bei unserem in der Hauptsache ländlichen und kleinstädtischen Publikum vielleicht keine besondere Rolle.

Ich möchte nun zunächst in folgendem den Versuch machen, ob sich für unsere Annahme etwa ein zahlenmäßiger Beweis erbringen läßt. Ich gehe dabei von zwei Überlegungen aus: Eine feststehende Tatsache ist, daß vor dem Kriege die wirtschaftlichen Verhältnisse auf dem Lande und in den kleinen Städten wesentlich besser waren, als jetzt. Der einzelnen Familie war es dadurch leichter möglich, für einen geisteskranken Angehörigen entweder die Mittel zur häuslichen Verpflegung aufaufzuwenden, oder ihn in einer Anstalt unterzubringen und die Verpflegskosten hierfür zu bezahlen, zumal diese Verpflegskosten damals verhältnismäßig niedrig waren. Die Hilfe der Armenpflege brauchte deshalb relativ selten in Anspruch genommen zu werden, sie wurde aber auch tatsächlich um deswillen seltener und namentlich auf dem Lande nur sehr ungern beansprucht, weil nach den damaligen armengesetzlichen Bestimmungen die Bezieher von Armenunterstützung Folgen zu tragen hatten, die ihnen persönlich sehr unerwünscht und nachteilig waren. Es wurde von vielen als eine Schande betrachtet, von der Armenpflege eine Unterstützung zu erbitten, weshalb lieber der letzte Pfennig aufgewendet wurde, um nicht in Gefahr zu geraten, von den Mitbürgern über die Achsel angesehen zu werden. Desgleichen hatten aber auch die Gemeinden das allergrößte Interesse daran, möglichst wenig Geisteskranke in einer Anstalt zu haben, denn sie mußten die Kosten der Anstaltsverpflegung fast völlig allein tragen. Solche Gemeinden mit großen Anstaltslasten strebten daher mit allen Mitteln danach, die Geisteskranken wieder aus den Anstalten heraus und in häusliche Verpflegung zu bekommen. Heute ist es gerade umgekehrt. Die wirtschaftlichen Verhältnisse in Stadt und Land haben sich bedeutend verschlechtert. Die häusliche Verpflegung eines Geisteskranken wird als eine schwere Last empfunden, die Familien sträuben sich dagegen, einen unnützen Esser zu Hause zu haben, sie können ihn nicht entsprechend pflegen und beaufsichtigen, weil jeder Gesunde zu Hause der Arbeit und dem Verdienst nachgehen muß, und ebenso erklären sich die Gemeinden für außerstande, die Kosten für Unterhalt und Pflege eines Geisteskranken außerhalb der Anstalt zu tragen. Dazu besteht der wesentlichste Unterschied zwischen früher und heute darin, daß nach dem Reichsfürsorgegesetz sowohl dem einzelnen Fürsorgeverpflichteten, als auch den Gemeinden die Fürsorgelast im weitesten Maße abgenommen und von der Öffentlichkeit getragen wird. Während also vor dem Kriege die Anstaltspflege, namentlich

eine solche von längerer Dauer für die Angehörigen und die Gemeinden ein kaum tragbares Beschwernis bedeutete, bedeutet sie heute eine sehr ins Gewicht fallende Erleichterung, die sich naturgemäß in einem erhöhten Zugang zu den Anstalten und einen verringerten Abgang aus denselben auswirken muß.

Übersicht 7.

In dieser Zusammenstellung ist für die einzelnen Jahre jeweils der Bestand der auf private oder öffentliche Kosten in der Anstalt befindlichen Pfleglinge am Jahresbeginn und am Jahresende aufgeführt und es sind die Zugänge und Abgänge angegeben, je nachdem sie auf private oder öffentliche Kosten verpflegt werden. Unter »privat Verpflegten« sind dabei diejenigen verstanden, welche die Kosten entweder aus eigenen Mitteln trugen oder aus Krankenkassen ersetzt erhielten, unter den »öffentlich Verpflegten« jene, für welche die Armen- oder Fürsorgeverbände die Verpflegskosten zu tragen hatten.

Jahr	Best. a. 1. 1.		Zugänge		Abgänge		Best. a. 31. 12.	
	Privat	Öffl.	Privat	Öffl.	Privat	Öffentl.	Privat	Öffl.
1909	209	351	148	65	102 + 14 †	40 + 30 †	223	364
1910	223	364	137	71	97 + 24 †	51 + 34 †	228	361
1911	228	361	135	62	97 + 25 †	40 + 43 †	231	350
1912	231	350	175	62	78 + 19 †	32 + 27 †	288	374
1913	288	374	152	64	111 + 27 †	35 + 28 †	293	384
1914	293	384	163	54	112 + 23 †	36 + 28 †	298	397
1923	143	431	87	39	55 + 11 †	32 + 31 †	111	460
1924	111	460	92	64	52 + 10 †	25 + 20 †	104	516
1925	104	516	104	79	54 + 12 †	43 + 23 †	103	568
1926	103	568	115	97	75 + 13 †	65 + 28 †	89	613
1927	89	613	117	88	71 + 13 †	61 + 29 †	93	640
1928	93	640	143	121	82 + 9 †	80 + 25 †	110	691

Aus dieser Tabelle ergibt sich zunächst der ganz außerordentlich große Unterschied in der Verpflegsart unserer Kranken vor und nach dem Kriege. Die Zahlen sprechen eine ungemein klare Sprache und zeigen, in welchem Maße sich die Verarmung der Bevölkerung nach dem Kriege geltend macht. Vergleichen wir die Anfangsbestände der einzelnen Jahre, so ergibt sich, daß auf je 100 Kranke dieses Bestandes kommen:

Jahr	Privat	Öffentlich
1909	37,33	62,67
1910	37,99	62,01
1911	38,71	61,29

Jahr	Privat	Öffentlich
1912	39,75	60,25
1913	43,50	56,50
1914	43,28	56,72
	Dagegen	
1923	24,91	75,09
1924	19,43	80,57
1925	16,77	83,23
1926	15,35	84,65
1927	12,67	87,33
1928	12,68	87,72

Während wir also vor dem Kriege einen von Jahr zu Jahr sich mehrenden Zuwachs an Privat verpflegten Kranken zu verzeichnen haben, sehen wir in der Nachkriegszeit eine rapide Abwanderung zur öffentlichen Fürsorge, die noch als um so größer betrachtet werden muß, als inzwischen die Versicherungsgrenze der obligatorischen Krankenversicherung nicht unwesentlich erhöht wurde und wie erwähnt, zu den »Privat Verpflegten« auch alle diejenigen Kranken gezählt werden, die auf Kosten einer Krankenkasse in der Anstalt sich befinden.

Diese Abwanderung zur öffentlichen Fürsorge tritt noch deutlicher in Erscheinung, wenn wir die Zu- und Abgänge in Beziehung zueinander und zum Endbestand der einzelnen Jahre setzen.

Übersicht 8.

Jahr	Bestand am 1. Januar		Sollbestand am 31. Dez.		Tatsächlicher Best. a. 31. 12.		Mehrung		Minderung	
	priv.	öfftl.	priv.	öfftl.	priv.	öfftl.	priv.	öfftl.	priv.	öfftl.
1909	209	351	241	346	223	364		18	18	
1910	223	364	239	350	228	361		11	11	
1911	228	361	241	340	231	350		10	10	
1912	231	350	309	353	288	374		21	21	
1913	288	374	302	375	293	384		9	9	
1914	293	384	321	374	298	397		23	23	
				Dagegen:						
1923	143	431	164	407	111	460		53	53	
1924	111	460	141	479	104	516		37	37	
1925	104	516	142	529	103	568		39	39	
1926	103	568	130	572	89	613		41	41	
1927	89	613	122	611	93	640		29	29	
1982	93	640	145	656	110	691		35	35	

Von 100 Kranken des Gesamtbestandes an Privatverpflegten wanderten demnach zur öffentlichen Fürsorge ab:

1909	8,61	1923	37,06
1910	4,93	1924	33,33
1911	4,38	1925	37,50
1912	9,09	1926	39,80
1913	3,12	1927	32,58
1914	7,85	1928	37,63

oder im Durchschnitt der Jahre 1909—1914 6,33
„ „ „ „ „ 1923—1928 36,32

In dieser Verarmung der Bevölkerung mit allen ihren sonstigen sozialen Folgen müssen wir den Grund für die Stagnation der Krankenbewegung in unserer Anstalt erblicken.

Ein Umstand darf indessen nicht unerwähnt bleiben, der hinsichtlich der Zahl der Abgänge aus der Anstalt in den Jahren vor und nach dem Kriege eine nicht ganz unwesentliche Rolle spielt: Die Todesfälle. Aus der Übersicht 7 geht nämlich hervor, daß die Zahl der Todesfälle in den Jahren 1909 bis 1914 absolut und relativ beträchtlich höher war, als in den Jahren 1923 bis 1928.

Übersicht 9

soll die absoluten und relativen Zahlen nochmals deutlich machen.

Zahl	Zahl der Todesfälle überhaupt	Todesfälle auf 100 Pfleglinge des mittleren Jahresbestandes
1909	44	7,55
1910	58	9,86
1911	68	11,60
1912	46	7,07
1913	55	8,17
1914	51	7,39
1923	42	7,31
1924	30	4,91
1925	35	5,37
1926	41	5,95
1927	42	5,82
1928	34	4,34

Es starben also in den Jahren 1909 bis 1914 322 Pfleglinge
dagegen „ „ „ 1923 „ 1928 nur 224 „
und im Durchschnitt von 100 Pfleglingen des mittleren Bestandes
in den Jahren 1909 bis 1914 8,61
„ „ „ 1923 „ 1928 nur 5,62

Diese an sich erfreuliche Tatsache, welche einerseits auf eine Verbesserung der sanitären Verhältnisse in der Anstalt, insbesondere der Rückgang der Tuberkulose, andererseits aber auch auf eine Abnahme der Paralyse in der Bevölkerung unseres Aufnahmegebietes zurückzuführen ist, muß sich natürlich auf die Entlassungsziffer ungünstig auswirken. Ich werde darauf später noch einmal zurückkommen.

In dem *Eitner*schen Berichte ist nun ganz allgemein von anstaltsverpflegten Geistig-Gebrechlichen die Rede, insbesondere ist nicht näher ausgeführt, um welche Art Geistig-Gebrechlicher es sich bei derjenigen Gruppe handelt, die einen besonders starken Zuwachs in den Nachkriegsjahren zu verzeichnen hat, nämlich den Jugendlichen der Altersgruppe 0—25. Es ist nun kaum anzunehmen, daß es sich bei der unverhältnismäßig großen Anzahl der in die Anstalten strömenden Jugendlichen um Psychosen im engeren Sinne des Begriffes handeln kann, denn dies würde einem absoluten und relativen Anwachsen von geistigen Erkrankungen überhaupt gleichkommen, für das bisher jedenfalls ein Beweis nicht erbracht werden konnte. Ich glaube vielmehr, worauf ich eben schon hingewiesen habe, in meiner Annahme nicht fehl zu gehen, daß das Hauptkontingent dieser jugendlichen Geistig-Gebrechlichen in der Provinz Sachsen die originär Schwachsinnigen und Psychopathen stellten, die in der Tat früher weniger häufig in die Anstalten gebracht wurden, oder, wie die letzteren, in so großer Zahl nicht vorhanden waren. Aus der Zusammenstellung *Eitners* geht auch nicht hervor, daß es gerade die Jugendlichen sind, die, ebenso wie sie die Anstalten belasten, auch gleichzeitig wieder rasch aus den Anstalten abwandern. Und doch muß man ihnen bei der erhöhten Fluktuation die Hauptrolle zuweisen, denn die offene Fürsorge, Familenpflege usw., welche nach *Kolb* die bedeutsamsten Maßnahmen darstellen, um eine Überfüllung der Anstalten vorzubeugen und allein dem Grundsatze von der erleichterten Aufnahme und erleichterten Entlassung Rechnung tragen, war zu der Zeit, auf welche sich die statistische Arbeit *Eitner*s bezieht, in der Provinz Sachsen noch keineswegs so ausgebaut, daß sie für eine erheblich stärkere Fluktuation gerade bei den Psychosen im engeren Sinne wirksam sein konnte.

Um in dieser Frage der Fluktuation klarer zu sehen, dürfte es daher angezeigt erscheinen, einmal an der Hand des Materiales unserer Anstalt zusammenzustellen, wie sich die Krankenbewegung bei den einzelnen Krankheitsgruppen in den verschiedenen Jahren darstellt und zuzusehen, ob hier gewisse Verschiebungen eingetreten sind und gegebenenfalls deren Ursachen

nachzugehen. Der Vergleich mit einer anderen Anstalt, die über ein von dem unserigen verschiedenes Material verfügt, wird es dann ermöglichen, nachzuprüfen, ob die dort geübten Methoden in der Tat geeignet sind, eine dauernde Entlastung der Anstalten herbeizuführen. Es wird sich dann schließlich auch prüfen lassen, ob und in welchem Umfange die Maßnahmen der einen Anstalt auch für die andere anwendbar sind und zu den gewünschten Erfolg führen.

Die Bewegung in den einzelnen Krankengruppen veranschaulicht

Übersicht 10.

Krankengruppen	1910			1911			1912			1913			1914		
	Auf.	Etl.	†	Auf.	Etl.	†	Auf.	Etl.	†	Auf.	Etl.	†	Auf.	Etl.	†
1. Traumat. Hirnerkrkgn.													2		
2. Psychosen bei gröberen Hirnerkrank.	1	1		4	1	2	1		1	3	2				
3. Psychosen bei Vergiftungen.							1	1							
4. Alkoholismus	9	9	1	7	7		7	6		10	6		7	11	
5. Psychosen bei körp. Erkrkgn.	1	2		1	1					1	1		1	1	
6. Lues cerebri u. Tabespsych.							2			1					
7. Progressive Paralyse	11	5	4	9	1	11	14		5	9	2	12	12		10
8. Senile u. präsenile Erkrkgn.	14	4	10	8	5	11	10		10	13	3	7	7	3	8
9. Arteriosklerot. Erkrankungen	1			4		1	6	1	3	5	3	2	3		5
10. Störungen b. Schilddrüsen-Erkrankungen										1				1	
11. Endogene Verblödungen	101	60	25	93	55	30	102	51	18	98	64	21	96	54	20
12. Epilepsie ...	11	3	7	12	6	3	13	5	1	13	5	3	10	5	3
13. Manisch-depressiv. Psych.	47	45	10	38	46	9	57	30	5	38	39	9	49	43	4
14. Hysterie	3	5		7	4		7	3	1	4	9		5	5	
15. And. psychogene Erkrkgn.	2	4		1	2		6	4		2	2	1	4	4	
16. Paranoia ...		1		2	1			1		1			2	1	
17. Psychopathie	2	1		2	3		6	3		7	6		7	8	
18. Imbezillität .	4	8		8	3		5	4	1	8	2		10	9	
19. Idiotie	1		1	1	1	1		1	1	2			2	1	
20. Ungekl. Fälle					1									1	1
	208	148	58	197	137	68	237	110	46	216	144	52	217	147	51

Krankengruppen	1924			1925			1926			1927			1928		
	Auf.	Etl.	†	Auf.	Etl.	†	Anf.	Etl.	†	Auf.	Etl.	†	Auf.	Etl.	†
1. Traumat. Hirnerkrkgn.							1	1					1	2	
2. Psychosen bei gröberen Hirnerkrank.	1	1		7	2	1	2		2	5	1	5	10	5	2
3. Psychosen bei Vergiftungen				2	1		2	2		2	2				
4. Alkoholismus	1			6	3		8	6	1	4	7		7	5	
5. Psychosen bei körp. Erkrkgn.	6	3	1				4	2	1	3	2	2	5	3	
6. Lues cerebri u. Tabespsych.		1		1	1		3	3	2	1	1		1	1	
7. Progressive Paralyse	6		3	5		5	3	5	2	4	1	6	5		3
8. Senile u. präsenile Erkrkgn.	7	2	5	2	1	3	8	1	4	6		5	6		2
9. Arteriosklerot. Erkrankungen	3		1	6	3	2	1	1		5	1	4	11	3	6
10. Störungen b. Schilddrüsen-Erkrankungen							1				1				
11. Endogene Verblödungen	72	37	12	88	40	16	96	54	19	89	54	12	104	61	14
12. Epilepsie ...	9	1	2	11	7	2	16	10	1	21	11	5	19	10	1
13. Manisch-depressiv. Psych.	32	19	5	27	22	3	48	30	9	32	24	3	53	37	5
14. Hysterie	5	6		8	4	1	2	8		10	7		7	7	
15. And. psychogene Erkrkgn.	1	1					2	2		1			4	4	
16. Paranoia ...										1					
17. Psychopathie	5	3	1	8	5	1	9	10		15	15		17	13	
18. Imbezillität .	8	3		10	7	1	6	5		4	4		10	7	
19. Idiotie				1						1			4	2	1
20. Ungekl. Fälle				1	1					1	1			2	
	156	77	30	183	97	35	212	140	41	205	132	42	264	162	34

Fassen wir zur besseren Übersichtlichkeit die sich klinisch näherstehenden und diagnostisch nicht immer streng trennbaren Gruppen enger zusammen, so zeigt sich für das Verhältnis von Aufnahmen zu Entlassungen folgendes:

Krankengruppen	1910—1914			1924—1928			Auf 100 Aufnahmen trafen Entlassungen			
	Aufn.	Entl.	†	Aufn.	Entl.	†	mit Todesfall 1910—1914	ohne Todesfall 1910—1914	mit Todesfall 1924—1928	ohne Todesfall 1924—1928
Gruppe 1—3	12	5	3	33	17	10	66,66	41,66	81,81	51,51
„ 4	40	39	1	26	21	1	100	97,50	84,61	80,77
„ 5 u. 10	5	6	—	19	11	4	120	120	78,95	57,89
„ 6 u. 7	58	8	42	29	13	21	86,20	13,79	117,29	44,83
„ 8 u. 9	71	19	57	55	12	32	107,04	26,77	80,00	21,81
„ 10 u. 13	719	487	151	641	378	98	88,73	67,73	74,25	58,97
„ 12	59	24	17	76	39	11	69,49	40,67	65,78	51,31
„ 14—17	70	67	2	95	85	3	98,57	95,71	92,63	89,47
„ 18 u. 19	39	29	4	44	28	2	84,61	74,78	68,18	63,63
	1073	684	277	1018	604	182	89,56	63,74	77,21	59,33

Der Unterschied im Verhältnis der Entlassungen zu den Aufnahmen zwischen der Vor- und Nachkriegszeit ist demnach bei Einrechung der Todesfälle ein sehr erheblicher und gleicht sich keineswegs vollständig aus, wenn man lediglich die als geheilt, gebessert oder ungeheilt Entlassenen in Rechnung setzt. Dabei haben sich auch die einzelnen Gruppen nicht unwesentlich verschoben.

Was die Gruppe 1—3 anlangt, so spielen bezüglich der Mehraufnahmen die postapoplektischen Geistesstörungen die Hauptrolle, deren Verpflegung in der Familie besondere Schwierigkeiten verursacht. Sie kommen deshalb häufiger in die Anstalt als früher, können aber, wenn die akuten Störungen abgelaufen sind und der körperliche Zustand sich gebessert hat, auch in verhältnismäßig großer Zahl wieder entlassen werden.

Auffallend ist die verhältnismäßig geringe Zahl der Trinker, die nach dem Kriege in die Anstalt kamen. Aufnahme und Entlassung gleicht sich hier im allgemeinen aus.

Bei Gruppe 5 verursacht hauptsächlich die Encephalitis die Vermehrung der Aufnahmen um fast das vierfache der Vorkriegszeit, führt aber nicht zu einer nennenswerten Stauung.

Genau um die Hälfte sind die Aufnahmen an syphilogenen Geisteskrankheiten (Gruppe 8 und 9) gegenüber der Vorkriegszeit zurückgegangen; dabei ist die Entlassungsziffer um das dreifache gestiegen, eine Folge der Malariabehandlung.

Die senilen und arteriosklerotischen Geistesstörungen (Gruppe 8 und 9) sind etwas zurückgegangen. Das Entlassungsverhältnis ist ungefähr das gleiche geblieben, wie früher. Hier

wäre eine gewisse Entlastung der Anstalt durch Verlegung solcher Kranker in charitative Pflegeanstalten möglich.

Bei den epileptischen Geistesstörungen (Gr. 12) hat die Aufnahme absolut zugenommen. Wenn hier auch die relative Entlassungsziffer etwas größer ist, als vor dem Kriege, so wird doch, wenn die Zunahme in gleichem Maße andauert oder noch weiter wächst, mit einer die Anstalt nicht unerheblich belastenden Stauung gerechnet werden müssen, da es sich bei den meisten dieser Kranken um polizeilich eingewiesene asoziale und zu kriminellen Handlungen, insbesondere Sittlichkeitsverbrechen und Brandstiftung neigende Persönlichkeiten handelt. Die Entlassung derartiger Elemente in Außenfürsorge oder ihre Verlegung in charitative Pflegeanstalten stößt auf die größten Schwierigkeiten.

Auch in unserem ländlichen bzw. kleinstädtischen Aufnahmegebiet haben die psychogenen Störungen (Gruppe 14—17) insbesondere die Psychopathen nach dem Kriege merklich zugenommen. Aufnahme und Entlassungen halten sich aber ziemlich die Wagschale; sie werden zwar für die Anstalt insofern eine Belastung bilden, als eine größere Anzahl von Plätzen für sie verfügbar gehalten werden muß, sie werden aber kaum zu einer Stagnation führen, da sie, sei es mit, sei es ohne Außenfürsorge, verhältnismäßig bald immer wieder entlassen werden können.

Die originären Schwachsinnszustände (Gruppe 18 und 19) haben sich, was die Zahl der Aufnahmen anlangt, gegenüber der Vorkriegszeit nicht nennenswert vermehrt, jedoch ist die relative Entlassungsziffer nicht unbedeutend zurückgegangen. Für sie gilt das Gleiche, wie für die Epileptiker, so daß auch hier u. U. mit einer Dauerbelastung der Anstalt gerechnet werden muß.

Wenn wir uns endlich noch der Hauptgruppe unserer Kranken, den endogenen Geistesstörungen (Gruppe 11 und 13) zuwenden, so zeigt sich, daß trotz absoluter Zugangsminderung eine relativ sehr beträchtliche Bestandsmehrung in den Nachkriegsjahren eingetreten ist, die zu ernsten Besorgnissen hinsichtlich einer immer stärkeren Anfüllung der Anstalt Anlaß geben muß. Worauf die Zugangsminderung zurückzuführen ist, ist schwer zu sagen, z. T. mag sie vielleicht doch mit den erheblichen Kriegsverlusten zusammenhängen, wenn sich auch ein Beweis hierfür nicht erbringen läßt. Für die relative Entlassungsminderung dürfen wir aber nach den von mir angestellten Berechnungen wohl mit Recht die zunehmende Verarmung mit allen ihren sonstigen sozialen und wirtschaftlichen Folgen ansehen. Diese zu beseitigen, steht nicht in unserer

Macht. Wir werden deshalb nur versuchen können, auf den Wegen, die uns namentlich *Simon* und *Kolb* vorgezeichnet haben, die Entlassungen zu vermehren. Ob diese Wege tatsächlich zu den gewünschten Zielen führen, wird uns erst die Zukunft zeigen, denn so einleuchtend auch die Lehren der beiden Autoren erscheinen, müssen wir uns doch dessen bewußt sein, daß sich so wohl der Beschäftigungstherapie, als auch der offenen Fürsorge z. T. außerordentliche Schwierigkeiten entgegenstellen, die zu überwinden, keineswegs jeder Anstalt in der gleichen Weise und ohne die nötigen Hilfsmittel möglich ist. Ob die intensive Beschäftigungstherapie, der im übrigen von außen und von innen, wie die Erfahrungen der letzten Jahre hinlänglich bewiesen haben, sehr erhebliche Widerstände entgegengesetzt werden, allein uns in den Stand setzt, die Zahl unserer Entlassungen erheblich zu steigern, ist, soweit ich die einschlägige Literatur überblicke, zahlenmäßig bis jetzt noch nicht nachgewiesen. Ihr Wert liegt meiner Auffassung nach mehr auf dem Gebiete des inneren Anstaltsbetriebes. Allein es ist unbestreitbar, daß dort, wo in zweckmäßiger Weise und ausgedehntem Maße Beschäftigungstherapie getrieben werden kann, die besten Vorbedingungen für die Entlassung der Kranken in offene Fürsorge geschaffen werden. Die offene Fürsorge ihrerseits wird uns in dem Bestreben, die Anstalten zu entleeren, nur dann wirklich von Nutzen sein können, wenn sie im Sinne *Kolb*s, was von ihm auch selbst immer wieder betont wird, eine effektive ist und es uns gelingt, die Kranken auch ohne daß deren Angehörige den Anstoß hierzu geben oder sogar auch gegen den Willen der Angehörigen aus der Anstalt herauszubringen. Solange aber die wirtschaftliche Not für die Familie den Anlaß bildet, ihr krankes Mitglied in der Anstalt unterzubringen, wird sich insbesondere ohne die verständnisvolle Hilfe der Landesfürsorgeverbände, um welche sich *Kolb* stets besonders bemüht hat, nicht das erreichen lassen, was wir anstreben. Ich verfüge bisher nur über eine sehr geringe Erfahrung in der Außenfürsorge und möchte mir deshalb ein Urteil darüber, ob es ohne Einrichtung eines größeren Apparates einer Anstalt mit sehr großem Radius des Aufnahmegebietes möglich sein wird, innerhalb kurzer Zeit die offene Fürsorge zu einer gleich effektiven zu gestalten, wie dies in vorbildlicher Weise in der Heil- und Pflegeanstalt Erlangen durchgeführt ist, nicht erlauben. Ich möchte mich im Rahmen dieser Arbeit auch nicht eingehender darüber verbreiten, welch bedeutungsvolle Unterschiede hier zwischen einer Anstalt mit verhältnismäßig engbegrenztem großstädtischen und einer Anstalt mit weitverzweigtem ländlichem und kleinstädtischem Aufnahmegebiet bestehen, darf aber doch

darauf hinweisen, daß Kolb selbst zugibt, das letztere Anstalten, was die offene Fürsorge anlangt, »zum mindesten im Anfang mit größeren Schwierigkeiten zu kämpfen haben«, als erstere. Ich halte es jedoch gerade im Hinblick auf meine, wenn auch kurzen Erfahrungen für meine Pflicht, davor zu warnen, etwa ganz allgemein die Hoffnungen auf die offene Fürsorge zu überspannen. Es wäre das der gleiche Fehler, wie wenn man auf das Ergebnis der *Eitner*schen Untersuchungen oder der von den preußischen Provinzen herausgegebenen Statistik über den voraussichtlichen Rückgang der geistigen Erkrankungen infolge der gewaltigen Kriegsverluste allzusehr sich verlassen und die Frage der Neubeschaffung von Anstaltsplätzen davon abhängig machen wollte. Ich stimme der Forderung *Kolb*s, einen Anstaltsleiter zu verpflichten, namentlich bei schizophrenen Kranken, jedem Entlassungsantrage nachzukommen, wenn nicht von seiten dieser Kranken eine unmittelbare Gefahr für diese selbst oder ihre Umgebung droht, rückhaltslos bei und handle seit langem dieser Forderung entsprechend. Ich muß jedoch die Erfahrung machen, daß solche Entlassungsanträge für nur gebesserte oder ungeheilte Kranke von Jahr zu Jahr seltener werden und die Neigung, solche Kranke wieder in die Familie zu nehmen, selbst wenn der Arzt dringend dazu rät, immer geringer wird. Auf die Familien einen förmlichen Zwang auszuüben, ihre kranken Angehörigen in einem gewissen Stadium herauszunehmen, halte ich zum mindesten für bedenklich, um so bedenklicher aber, je weniger rasch und je weniger häufig es der Anstalt möglich ist, diese gegen den Willen der Familie Frühentlassenen aufzusuchen. Es liegt aber auch eine weitere Gefahr in einer derart forcierten und vermehrten Krankenentlassung: wir können eine Gewähr dafür, daß solche Kranke für längere Zeit oder dauernd außerhalb der Anstalt bleiben, nicht übernehmen, müssen vielmehr mit der Möglichkeit rechnen, eine größere Anzahl von ihnen wieder in die Anstalt zurückzubekommen. Halten wir daher nicht eine bestimmte Anzahl von Plätzen für diese Kranken frei, so können wir uns doch eines Tages einer sehr unerwünschten und fatalen Überfüllung der Anstalt gegenüber sehen. Bessern sich daher unsere wirtschaftlichen Verhältnisse nicht in absehbarer Zeit und zwar nachhaltig, vermögen wir nicht den Hauptgrund der Stagnation in unseren Anstalten, als welchen ich die fortschreitende Verarmung unserer Bevölkerung nachgewiesen zu haben glaube, zu beseitigen, so werden wir rechtzeitig für die Vermehrung unserer Anstaltsplätze Sorge tragen müssen.

Anlage und Umwelt beim Verbrecher[1]).

Von

Privatdozent Dr. **Hans Luxenburger** (München).

Der Verbrecher im primitivsten Kriminalroman und im Detektivfilm niedrigsten Niveaus trägt auf kurzem, gedrungenem oder hagerem mit weit vorragendem Adamsapfel versehenen Halse einen kleinen, schiefgebildeten Kopf. Über der fliehenden oder auffallend niedrigen Stirn setzt in zerissener Linie struppiges rotes Haar an von bedenklicher Dichte; die Augenbrauen stoßen in der Nasenwurzel zusammen, die Läppchen der Henkelohren sind angewachsen. Ein unsteter, schielender Blick dringt scheu unter ptotischen Lidern hervor, häßliche und defekte Zähne unterstreichen die drohende Prognathie des Kiefers. Seine Stimme ist heiser, die Sprache oft stotternd oder lispelnd. An breiten, aber hohen Schultern hängen lange Arme mit behaarten Tatzen. Große blaue Sonnen, Anker, Messer und Herzen schmücken seinen muskulösen Körper, ein nacktes Weib mit einer Fackel, ein Löwe, ein Elephant. Seine mit Narben bedeckte Haut führt in Rundschrift eine drohende und bedenkliche Sprache: »Heute rot, morgen tot.« »Gib ihm Saures!« Er hat keine Bleibe, dafür aber eine Braut für alle, die er tippeln läßt, ausbeutet und prügelt. Seine Intelligenz ist mäßig, sein Gemütsleben rudimentär, sein Wille oft starr und unnachgiebig. An Verbrechen begeht er alles, was gruselig ist, hin und wieder im Affekt, meist aber ohne rechte Veranlassung, aus reiner

---

[1]) Nach zwei im Rahmen des Fortbildungskurses für Strafanstaltsbeamte am 8. Juli 1929 in München gehaltenen Vorträgen. Obwohl die Vorträge sich in erster Linie an Strafvollzugsbeamte wenden und das Manuskript für das bayr. Staatsministerium der Justiz bestimmt ist, glauben wir, daß eine Veröffentlichung an dieser Stelle doch gerechtfertigt werden kann, da der Aufsatz eine zusammenfassende und leicht verständliche Darstellung wichtiger vererbungs- und konstitutionsbiologischer Grundlagen bietet, die für einen weiteren Kreis psychiatrischer Praktiker von Interesse sein dürfte. Die Veröffentlichung geschieht im Einverständnis mit dem zuständigen Referenten im Staatsministerium der Justiz (Ministerialdirektor Degen).



Freude an der Tat. In tierischer Wut tötet er heute einen Feind und mordet morgen zwischen Suppe und Rindfleisch kalt im Vorübergehen. Gelegentlich rettet er dann einmal ein Hündchen vom Tode des Ertrinkens, das ihm überall nachläuft und sein Leben für ihn läßt. Verhaftet kennt er keine Reue; er ist ein Schrecken für die fahndenden Polizeiorgane, die er kaltblütig umlegt, eine Wonne für den Staatsanwalt, bringt den wohlwollendsten Verteidiger in Verlegenheit und schreitet mit zynischen Worten und Gebärden über den Richtplatz hinweg zur Hölle. — Sein Schicksal erfüllt den aufrechten Staatsbürger mit Genugtuung und festigt seinen Glauben an die göttliche und menschliche Gerechtigkeit.

Anders der Verbrecher, den das sentimentale Schrifttum mit Vorliebe hegt und pflegt. Nur ungern belegt der — nicht selten weibliche — Skribent ihn mit diesem Titel. Er hat früher bessere Tage gesehen, ungerechterweise seine Stellung verloren, büßt in Resignation vielleicht fremde Schuld. Ein kleiner Schritt vom Wege der sozialen Norm trug ihm das Verdikt der bürgerlichen Fehme ein. Jeder Aufstieg ist ihm verbaut. Seine Frau, an der er mit Liebe hängt, leidet an offener Tuberkulose, seine zahlreichen Kinder schreien nach Brot. Einfach aber sauber gekleidet schleppt er seinen unterernährten Körper von Arbeitsstelle zu Arbeitsstelle. Meist wird er abgewiesen, gelingt es ihm aber doch einmal dank sorgfältiger Verschleierung seiner Vergangenheit unterzukriechen, so bekommt er, nachdem er in Furcht und Zittern einige Wochen die Fiktion einer kümmerlichen bürgerlichen Existenz aufrecht zu erhalten vermochte, sofort den Laufpaß, als die frühere Verfehlung offenbar wird.. Dies wiederholt sich so oft, bis er eines Tages aus unerträglicher Not ein Zweckverbrechen begeht oder in tiefster Verzweiflung und anarchischer Verbitterung gegen die — seiner Ansicht nach — ungerechte Gesellschaftsordnung demonstrativ sich in eine kriminelle Abwehrstellung begibt. Körperlich ist er meist wohlgebildet, besitzt ein angenehmes, ebenmäßiges, von Leid und schweren Seelenkämpfen gezeichnetes Gesicht, eine hohe Stirn, einen weichen Mund, kleine Hände und Füße. Wenn er sich auch nicht in allen Fällen selbst dem Gerichte stellt, so macht er der polizeilichen Fahndung doch kaum Schwierigkeiten und setzt seiner Verhaftung keinen Widerstand entgegen. Ob er Reue über seine Tat zeigt oder nicht — was von der Art des Verbrechens abhängt — genießt er meist das Wohlwollen aller an der Durchführung des Verfahrens beteiligten Personen, das von einer schonenden Formulierung der Anklage zu paroxysmalen Begeisterungsausbrüchen eines temperamentvollen Verteidigers schwingen kann. Sein Freispruch,

unter dem er weinend zusammenbricht, erregt den Jubel von Presse und Publikum, während eine gefaßt entgegengenommene Verurteilung trotz größter Milde in empfindsamen Zirkeln mit femininem Einschlag leicht zu einer Vertrauenskrise der Justiz führt.

Eine dritte, sehr vielgestaltige Erscheinungsform des Rechtsbrechers kennt vor allem die psychologisch interessierte Literatur von gehobenerem Niveau. Ein Mensch, der körperlich und seelisch einmal mehr, einmal weniger vom Durchschnitt dessen abweicht, was auf Grund der Rechte der Majorität aus der großen Menge aller möglichen Variationen als Norm sich abgrenzt, gerät in eigenartige Umweltverhältnisse, unter die Einwirkung starker, gleichgerichteter Reize. Er reagiert, nur unvollkommen gehemmt durch entgegengesetzt gerichtete Reize, mit dem Komplexe ursprünglich vorhandener Anlagen auf die Summe jener Reize in einer ganz charakteristischen, durch das Gegenspiel von Antrieb und Hemmung regulierten Art und Weise; der Effekt dieser Reaktion ist der Verlust jener sozialen Anpassung, die ihm die Einspielung seiner anlagemäßigen Gegebenheiten auf die frühere, mehr durchschnittliche Konstellation der Umweltfaktoren in höherem oder geringerem Maße ermöglicht hatte: Er gleitet mehr oder weniger rasch und weitgehend in jenen Zustand der Unangepaßtheit an normierte Verhältnisse ab, den man seiner rechtlichen Konsequenzen halber Kriminalität nennt, gleichgültig ob diese Konsequenzen in concreto eintreten oder nicht. Was nun im Einzelfalle das ausschlaggebende Moment für die Änderung der sozialen Anpassung ist — etwa Willensschwäche oder Triebhaftigkeit oder ethische Primitivität auf Seiten der Anlage, Versuchung oder Verführung oder Verschlechterung der wirtschaftlichen Lage auf Seiten der Umwelt — ist von sekundärer Bedeutung. Das prinzipiell Wichtige bleibt die Reaktion von Anlage auf Umwelt und das sich im Rechtsbruch manifestierende Reaktionsprodukt. Die große Variationsbreite dieses Reaktionsproduktes bedingt auch die höchst mannigfaltige Einstellung dieser Rechtsbrecher zu ihrer Tat, die nicht minder mannigfaltige der am Verfahren beteiligten Personen zum Täter und die Diskussionsfreudigkeit von Publikum und Presse dem strafrechtlichen Urteil gegenüber, in welcher die entgegengesetztesten Meinungen und Eindrücke aufeinanderplatzen.

In dem ersten Typus haben wir die Karikatur des Anlageverbrechers, des delinquente nato vergangener Zeiten; im zweiten die meist tendenziöse Fiktion des reinen Umweltproduktes, das Opfer einer detestablen Gesellschaft; der dritte stellt die Abstraktion aus den zahllosen Einzeltypen eines bio-

logisch-soziologischen Phänomens dar, das, durch eigenartige Reaktion besonderer Anlagen oder Anlagenkomplexe auf eine irgendwie geartete Umwelt entstanden, biologisch als empirisch erfaßbare und abgrenzbare menschliche Variante erscheint und in juristischer wie soziologischer Wertung mit einem Minuszeichen versehen als Verbrecher bezeichnet wird.. Dieser Verbrecher ist der Verbrecher schlechtweg; er ist es, mit dem sich die Kriminalpsychologie und die Kriminalbiologie überhaupt beschäftigen kann und muß. Seine weit gestreckte Variationsreihe, die sich zwischen den Polen Anlage und Umwelt ausspannt, wird von den beiden erstgenannten — hier outriert gezeichneten — Typen als den extremen Varianten der Reihe flankiert und in ihrem Variationsmechanismus bestimmt: durch mannigfaltig abgestufte Prädominanz von Anlage oder Umwelt im reaktiven Vorgang wird im Einzelfall das Erscheinungsbild des Verbrechers geformt und ihm zugleich sein Platz in der großen Variationsreihe jenes biologisch-soziologischen Phänomens angewiesen.

Wir haben den Verbrecher als ein biologisches Phänomen bezeichnet, als eine Variante des Genus homo, die ein Reaktionsprodukt der Anlage auf die Reize der Umwelt darstellt.

Diese Betrachtungsweise gilt nicht nur für den point de vue der Anpassung an die sozialen und juristischen Normen. Wie jedes andere Lebewesen ist auch der Mensch in allen seinen Lebensäußerungen als ein solches Reaktionsprodukt von Anlage auf Umwelt aufzufassen. Tatsache, Art und Grad der sozialen Anpassung sind nur ein kleines Steinchen in dem großen Mosaik des menschlichen Erscheinungsbildes. Reine Anlageverbrecher kann es bei der Vielgestaltigkeit, der Aktualität und der hohen Bedeutung der Umwelt, in welcher der Mensch sich für die ganze Dauer seines Lebens bewegt, ebensowenig geben wie reine Anlagemenschen überhaupt; auf der anderen Seite muß die Annahme reiner Umweltprodukte an der gewaltigen Potenz der Anlagefaktoren scheitern.

Versetzen Sie sich einen Augenblick in die so schöne und für den Naturforscher so interessante Sumpflandschaft zwischen dem Südende des Starnbergersees und dem Kohlenbecken von Penzberg. Umgeben und halb überwuchert von Unterholz und Gestrüpp liegt irgendwo eine Pfütze mit brakigem, unter lichtgrüner Wasserpest fast verborgenem Wasser. Nur um die Mittagszeit vermögen die Sonnenstrahlen für kurze Stunden das Wasser direkt zu erreichen. Diese Pfütze ist die Heimat eines Klon — wie man die primitivste soziale Gemeinschaft solcher Lebewesen nennt, die durch vegetative Vermehrung aus einem einzigen Individuum entstanden sind — des Paramaecium caudatum, des Pantoffeltierchens. Sein Körper besteht nur aus einer einzigen Zelle mit zwei Kernen und einem kontraktilen Hohlraum und wird etwa $^1/_4$ Millimeter lang. Von Sinnes-

organen und einem Nervensystem wie bei höheren Lebewesen kann nicht die Rede sein. Das Tierchen stellt eine noch im Wesentlichen undifferenzierte, selbständig existierende Zelle dar, den biologischen Urbaustein, aus dem die ganze belebte Welt aufgebaut ist. Fällt nun einmal durch das dichte Gestrüpp ein Bündel von Sonnenstrahlen auf das moorige Wasser, so setzt sich der ganze Klon in Marsch und drängt nach diesem Sonnenkringel hin. Unter lebhafter Eigenbewegung verharren die winzigen Tierchen im Bereiche des Kringels und seiner nächsten Umgebung, und zwar ist diese Bewegung bei den Individuen am intensivsten, die am stärksten von den belebenden Strahlen getroffen werden. Wandert der Sonnenkringel weiter, so wandern die Tierchen mit, verläßt er die Pfütze, so läßt die Bewegung nach, der Klon kehrt in seinen ursprünglichen Zustand relativer Ruhe zurück. Hier haben Sie das primitive Beispiel eines reaktiven Vorganges im biologischen Geschehen. Gegeben ist die ererbte spezifische Reaktionsbereitschaft, die Fähigkeit zur Eigenbewegung, gegeben ist ferner ein Reiz der Umwelt, die Sonnenbestrahlung, auf welchen diese Erbanlage einspielen kann: es resultiert das erbliche Merkmal, nämlich die Bewegung selbst in mannigfaltiger, von der Stärke des Umweltreizes abhängiger quantitativer Variation.

Und nun überspringen Sie die phylogenetische Entwicklungsreihe der tierischen Lebewesen und betrachten Sie ihr am höchsten differenziertes Glied, den Menschen. Ein Mann von hoher intellektueller, gemütlicher und Willensbegabung, d. h. in unsere Sprache übersetzt ein Individuum von ganz besonderer erblich bedingter Reaktionsbereitschaft gerät in das Getriebe der Politik, in die Wirkungssphäre imperialistischer, sozialer, zivilisatorischer, kultureller Zielvorstellungen, in das Kreuzfeuer zahlloser, auf den Komplex seiner Erbanlagen ganz spezifisch einspielender Umweltreize: er reagiert auf sie dadurch, daß er zum Staatsmanne wird, zum großen Volksführer und Organisator, zum allmächtigen Diktator vielleicht, der seine Reaktionsbereitschaft ungehemmt auswirken lassen kann. Die erblichen Merkmale der Begabung, der Affektivität, der Willensstärke werden im Erscheinungsbilde dieses Menschen in vollkommener Weise offenbar. Sie sehen: hier wie dort Reaktion von Anlage auf Umwelt.

Zwischen dem einzelligen Pantoffeltierchen, das — wie wir es nennen — phototaktisch dem auf seiner heimatlichen Pfütze spielenden Sonnenkringel zustrebt und dem aus Milliarden von hochdifferenzierten Zellen bestehenden Lebewesen Mensch, der als Staatsmann sein Volk zu dem Platz an der Sonne führt, den er für seine politische Gemeinschaft in Anspruch nimmt, ist biologisch nur ein gradueller, kein essentieller Unterschied. Dort sind die Anlagen primitiver und vermögen demgemäß nur auf primitivere Reize in einfachster Form zu reagieren, hier spielt ein ungeheuer hoch entwickeltes Anlagengefüge, das differenziert ist bis zur Herausgestaltung einer individuellen Persönlichkeit mit Bewußtsein und Willensvermögen, auf kaum mehr übersehbare Umweltfaktoren ein, so daß das reaktive Geschehen von einer Buntheit und Kompliziertheit wird, die es als solches kaum mehr zu erkennen erlaubt. Wir müssen es aber als gegeben an-

nehmen und in seinen Mechanismus einzudringen versuchen, da uns sonst die Geheimnisse des Lebens für immer ein verschleiertes Bild bleiben werden. Das für unsere Begriffe blinde und armselige Tasten des Pantoffeltierchens nach dem seine Lebensbedingungen verbessernden und wohl auch dumpfe Lustempfindungen auslösenden Lichte ist die letzte und einfachste Formel, auf die sich auch das staatsmännische Wirken eines Mussolini, das künstlerische eines J. S. Bach und das erkenntnissuchende eines Baruch Spinoza zurückführen lassen, wenn man aus der Fülle der bunten und überreichen Inhalte und Formgebungen den bewegenden Mechanismus zu abstrahieren sich bemüht. Das Leben ist die Einspielung dessen, was wir in unserem Keimgute aus der Zygote, dem befruchteten Ei unserer Mutter ins Dasein mitbekommen haben, auf jenes Milieu, in welches wir hineingezeugt sind und das uns ständig sich wandelnd bis zum Grabe begleitet. Was wir unser Lebensschicksal nennen, kann daher nichts anderes sein als der sinnenfällige Ausdruck einer Kausalität, die sich folgerichtig aus dem reaktiven Geschehen ergibt, welches die Umweltreize aus der Bereitschaft unserer Anlagenkonstellation mobilisieren. Unter diesem höheren Gesichtspunkt betrachtet wird auch der soziologisch-juristische Begriff des Verbrechens eine biologisch faßbare und deutbare Erscheinung, wird der Rechtsbrecher zu jener verständlichen, sich zwanglos in das allgemein Menschliche einfügenden Variante, als welche ihn die moderne Kriminalwissenschaft erkennen will und kann.

Was sind nun Anlagen? Unter Anlagen begreifen wir im Folgenden wie im Vorstehenden ausschließlich die Erbanlagen, d. h. jene im Erscheinungsbilde des Menschen mehr oder weniger deutlich und vollständig erkennbaren Faktoren seiner Keimsubstanz, die, von den Vorfahren überkommen, die völlige oder teilweise Übereinstimmung der Eigenschaften des Individuums mit denen seiner Eltern vermitteln. Die auf Erbanlagen beruhenden körperlichen und psychischen Eigenschaften nennt man Merkmale. Die Gesamtsumme dieser Erbanlagen läßt sich schematisch teilen in den Komplex der Anlagen zu den anthropologischen Rassemerkmalen, die durch Außeneinflüsse wenig bestimmbar sind und in den Komplex der erbkonstitutionellen Anlagen, die im allgemeinen ein empfindliches Reagens auf die Reize der Außenwelt darstellen. Zu den ersteren, den Rasseanlagen, gehören vor allem die Anlagen für die Augen-, Haar- und Hautfarbe, für Haarform, Nasenform, Lippenform und andere Merkmale der Physiognomie; gewisse Eigenschaften des Skeletts und des Blutserums können ebenfalls als Rassenmerkmale bezeichnet werden. Bei den seelischen Eigenschaften, d. h.

jenen, die aus Bau und Funktion des Gehirns und der Blutdrüsen resultieren, ist die Abtrennung der Rassenmerkmale von denen der Erbkonstitution außerordentlich schwierig und umstritten. Wahrscheinlich läßt sich, da hier vom Erscheinungsbilde — dem Phänotypus — besonders schwer und unzuverlässig auf das Erbbild — den Genotypus — rückgeschlossen werden kann, eine reinliche Scheidung überhaupt nicht durchführen. Die weitaus größte Zahl aller erblichen seelischen Eigenschaften dürfte jedenfalls der Erbkonstitution zuzurechnen sein; sie sind es auch, die den Kriminalbiologen ganz besonders interessieren.

Auf den Begriff von Rasse und Konstitution hier näher einzugehen, erübrigt sich. Sie werden darüber ja von berufener Seite ausführlich hören.

Dagegen erscheint es mir notwendig, über die einfachsten Grundtatsachen des Erbmechanismus ganz kursorisch ein paar Worte zu sagen, die sich besonders an die Nichtärzte unter Ihnen wenden. Ich halte mich dabei der Einheitlichkeit der Darstellung halber im wesentlichen an die Ausführungen, die ich in breiter Form vor vier Jahren gelegentlich des kriminalbiologischen Einführungskurses für Strafanstaltsärzte gemacht habe.

Als wichtigste körperliche Grundsubstanz für die gesamten Vererbungsvorgänge müssen wir bestimmte Teile im Kern des weiblichen Eis und der männlichen Samenzelle ansprechen, die man Chromosomen nennt. Diese zerfallen in kleinere Einzelheiten, die Chromomere und letztere denkt man sich aus den eigentlichen Erbanlagen, den Genen aufgebaut.

Über die Entstehung der Gene ist wenig bekannt, doch wissen wir, daß z. B. krankhafte Erbanlagen durch Abänderung von Genen auf Grund schädigender Einflüsse sich bilden können.

Wir müssen uns bei der Vererbung einer Eigenschaft zwei Anlagen wirksam denken, eine Anlage zum Auftreten des Merkmals und eine zum Nichtauftreten. Von jedem Elternteil kann eine der beiden Anlagen übertragen werden. Individuen, die von beiden Eltern die Anlage zum Auftreten des Merkmals erhalten haben, nennen wir gleicherbige (homozygote) Merkmalsträger, solche, die nur die Anlagen zum Nichtauftreten des Merkmals bekamen, gleicherbige Nichtmerkmalsträger, solche endlich, die von einem Elternteil die Anlage zum Auftreten, vom andern die zum Nichtauftreten erhielten, werden als gemischterbig oder ungleicherbig (heterozygot) bezeichnet. Die Homozygoten sind also immer als Merkmalsträger oder als Nicht-Merkmalsträger prädestiniert, je nachdem sie die eine oder die andere Anlage gepaart besitzen. Bei den Heterozygoten ist das verschieden; überdeckt die Anlage zum Auftreten des Merkmals diejenige zum

Nicht-Auftreten, so werden auch die Heterozygoten Merkmalsträger sein, überdeckt umgekehrt letztere Anlage die erstere, so werden sie das Merkmal nicht zeigen können, aber doch die Anlage dazu in sich tragen und geeignet sein, sie weiterzuvererben. Im ersteren Falle sprechen wir vom dominanten, im letzteren vom rezessiven Erbgang des Merkmals. Jedes Merkmal, jede erbliche Eigenschaft geht im allgemeinen entweder dominant oder rezessiv, und zwar entweder monomer (von einem Anlagepaar abhängig) oder polymer (von mehreren Anlagepaaren abhängig); dabei kann der Erbgang geschlechtsanlage gebunden oder geschlechtsbegrenzt oder unabhängig von der Geschlechtsanlage verlaufen. Beim dominanten Erbgang haben wir ein häufiges Auftreten von Merkmalsträgern in der Familie, direkte, kontinuierliche Vererbung von Eltern auf Kind, oft Belastung nur in einer Elternfamilie. Beim rezessiven Erbgang treten die Merkmalsträger seltener auf, es herrscht indirekte, diskontinuierliche Vererbung vor (z. B. von Onkel oder Tante auf Neffen oder Nichten), es besteht immer Belastung durch beide Elternfamilien, da die Anlage hier immer von beiden Seiten kommen muß. Die Heterozygoten sind ja bei rezessiv gehenden Merkmalen immer gesund. Deshalb sind rezessiv gehende krankhafte Merkmale auch die gefährlicheren, weil die Anlage sich lange Zeit verborgen forterben kann und man es dem gesunden Individuum in der Regel nicht ansieht, ob es die Anlage in seiner Keimmasse trägt oder nicht. Hier ist also auch die Inzucht besonders schädlich.

Umwelt ist alles, was das Individuum vom Beginne seiner Existenz als befruchtetes Ei bis zu dem Erlöschen seiner Lebensäußerungen umgibt. Die Summe aller Umweltfaktoren nennt man das Milieu. Grundsätzlich muß unterschieden werden zwischen dem genotypischen Milieu, d. h. dem Komplex aller übrigen Anlagen, die als Reize auf die speziellen Anlagen zum Auftreten des Merkmals wirken können, und dem paratypischen Milieu, d. h. der Summe aller eigentlichen Außenfaktoren. Wenn wir im folgenden von Umwelt schlechthin sprechen, so meinen wir stets das paratypische Milieu, d. h. alle äußeren Bedingungen, unter denen sich die Entwicklung des Individuums innerhalb und ganz speziell außerhalb des mütterlichen Leibes vollzieht.

Vererbt werden nicht fertige Eigenschaften, Merkmale, die gewissermaßen in ultramikroskopisch kleiner Gestalt schon im Keime vorhanden sind und im Verlaufe der Entwicklung des Individuums lediglich zu wachsen brauchen — wie man sich das etwa für körperliche Eigenschaften in früherer Zeit vorstellte sondern Anlagen, Reaktionsdeterminanten, deren Charak-

teristikum darin besteht, daß sie der Entwicklung, welche eine ununterbrochene Kette von Reaktionen darstellt, eine ganz bestimmte, gar nicht oder nur schwer abbiegbare Richtung anweisen. Das ganze Individualleben ist bis zu seinem Erlöschen der Entwicklung unterworfen, von einem fertigen Organismus zu sprechen ist nur für gewisse elementare Rassenmerkmale erlaubt. Das übrige körperliche und psychische Erscheinungsbild des Menschen stellt ein enorm wandelbares Gebilde dar, in welchem auch die ererbten und vererbten Merkmale ständig den Modifikationen durch die Umwelt ausgesetzt bleiben. Aus dieser Tatsache geht die ungeheure Bedeutung des Milieus mit Eindringlichkeit hervor. Es ist leicht einzusehen, daß eine Reihe von zweifellos erblichen und ererbten Eigenschaften schon zu ihrem Entstehen, bzw. zu ihrem Deutlichwerden im Erscheinungsbilde der Einwirkung ganz bestimmter Außeneinflüsse bedürfen, ohne die sie bei dem betreffenden Individuum gar nicht zur Kenntnis des Beobachters und des Trägers selbst gekommen wären, obwohl die Anlage in der Keimsubstanz vorhanden ist und auch auf die Nachkommen übertragen werden kann.

Die Widerstandsschwäche gewisser Gewebe gegen die tuberkulöse Infektion z. B., ist ein eminent erbliches Merkmal. Man kann mit höchster Wahrscheinlichkeit schließen, daß diese Eigenschaft auf Erbanlagen beruht, man kennt die wichtigen Beziehungen dieser Erbanlagen zu Erbanlagen anderer Art, man kann sich ein Bild machen von ihrer Weitergabe durch die Generationen. Diese Widerstandschwäche, diese Unzulänglichkeit der geweblichen Potenz vieler Organe ist eine charakteristische erbliche Reaktionsweise auf ganz bestimmte Reize der Umwelt, nämlich auf die Lebensäußerungen der Tuberkelbazillen, die sich in den betreffenden Organen angesiedelt haben. Damit die Reaktion überhaupt zustande kommt, muß aber dieser Reiz sich geltend machen können, d. h. es muß eine Gelegenheit zur Infektion mit Tuberkelbazillen gegeben sein. Würde das Individuum, das jene Reaktionsbereitschaft in seinem Keimplasma trägt, z. B. auf einer Insel geboren werden und aufwachsen — stellen wir uns das einmal theoretisch vor — auf welcher die Tuberkelbazillen oder ihnen biologisch nahe verwandte Kleinlebewesen nicht vorkommen und nicht gedeihen können, so wäre keine Möglichkeit gegeben für das Zustandekommen der charakteristischen Reaktion und daher auch nicht für ihr Offenbarwerden im Erscheinungsbilde. Das ist der extremste Fall: der für das Auftreten des erblichen Merkmals unerläßliche Reiz der Umwelt fehlt vollkommen — das Merkmal wird nicht manifest und kann deshalb nicht zur Kenntnis des Beobachters gelangen, obwohl die Anlage vorhanden, die Reaktionsbereitschaft

gegeben ist. Praktisch dürfte diese Konstellation in der Biologie zu den Seltenheiten gehören; wir werden grundsätzlich damit rechnen müssen, daß bestimmte in der Erbmasse vorhandene Reaktionsdeterminanten auch die Möglichkeit des Auftretens entsprechender Umweltreize bedingen, da ihre erstmalige Entstehung in der Keimsubstanz irgendwie durch die Umwelteinflüsse mitbedingt gewesen sein dürfte. Sehr häufig und für das Studium der Vererbungserscheinungen außerordentlich wichtig ist aber folgender Fall: die Reaktionsbereitschaft ist vorhanden, die charakteristischen Reize der Umwelt — die ihr Gift produzierenden Tuberkelbazillen — wirken auf den disponierten Organismus ein, es machen sich aber so starke entgegengesetzt gerichtete Umwelteinflüsse geltend — hygienische Lebensweise, kräftige Ernährung usw. — daß die Reaktion wohl zustande kommt, aber nicht ausgesprochen genug ist, um als Merkmal im Erscheinungsbilde erkannt zu werden. Als Merkmal hat man grundsätzlich die Reaktion anzusprechen, gleichgültig, ob sie vom Beobachter erkannt zu werden vermag oder nicht; ist es doch nicht ausgeschlossen, daß eine heute scheinbar verborgene Reaktion mit den Hilfsmitteln einer verfeinerten Diagnostik oder Beobachtungskunst später einmal als solche festgestellt werden kann. Die Geschichte der Medizin ist ja überreich an solchen Beispielen. Erinnern wir uns nur an jenen reaktiven Vorgang, den wir als Zuckerharnruhr bezeichnen. Hier scheidet auf der Basis einer ererbten Disposition unter der Einwirkung unterstützender äußerer Reize der Harn einen mehr oder weniger erheblichen Prozentsatz Zucker aus. Während nun in sogenannten leichtesten Fällen die früheren chemischen Prüfungen den Zucker gelegentlich übersehen ließen, besitzen wir heute feinste polarimetrische Apparate, die mit Hilfe optischer Phänomene auch hier die Feststellung der Reaktion, die Erkennung des Merkmals gestatten. Ähnlich liegen die Verhältnisse ja gerade auch bei der Tuberkulose.

Im Charakter der erblichen Merkmale als dem von Reaktionen ist auch die Tatsache begründet, daß manche bereits erkennbar gewordene Merkmale durch entgegengesetzt wirkende Reize wieder ganz oder teilweise zum Verschwinden gebracht werden können. Hierauf beruht z. B. die Wirkung der ärztlichen Therapie bei erblichen Erkrankungen und gewissen erblichen Anomalien. Denken wir nur wieder an die Tuberkulose. Hier kann der reaktive Prozeß beim reagierenden Individuum zum Stillstand, zur Rückbildung und zum Verschwinden gebracht werden. Aber wohlgemerkt: die Einwirkung erstreckt sich lediglich auf den reaktiven Vorgang bei dem betreffenden Individuum, auf das Merkmal; die Anlage wird nicht betroffen, der ge-

heilte — von der Reaktion, vom Merkmal geheilte — Tuberkulöse wird seine Anlage zur Minderwertigkeit der geweblichen Potenz ebenso auf seine Nachkommen vererben können, als wenn er nicht geheilt worden wäre. In gleicher Weise wird der Plattfüßige seine Plattfußanlage nach den für diese Anomalie geltenden Regeln weitergeben, gleichgültig, ob eine orthopädische Maßnahme bei ihm den Plattfuß beseitigt hat oder nicht, und zwar hängt die vielleicht abweichende Ausprägung des Merkmals lediglich von andersartigen Außenfaktoren im weitesten Sinne ab, nicht etwa von einer durch die Individualbehandlung veränderten Erbanlage. Diese wird — das sei noch einmal betont — durch entgegengerichtet wirkende Umweltreize weder zum Verschwinden gebracht, noch abgeändert. Das Erlöschen von Erbanlagen muß vielmehr grundsätzlich auf das Konto von Auslesevorgängen geschrieben werden.

Es gibt also auch keine Vererbung erworbener Eigenschaften. Wie das erbliche Merkmal beim Individuum durch Außeneinflüsse modifiziert werden kann bis zum Verschwinden des Merkmals, so lassen sich auch neue Eigenschaften auf Grund von außen herantretender Maßnahmen beim Individuum erzeugen. Diese Eigenschaften werden aber, wenn sie auch noch so intensiv sind und noch so einschneidend das Gesamterscheinungsbild verändern, niemals auf die Nachkommen übertragen. Wenn ein Mensch sein dunkles Haar das ganze Leben hindurch konsequent bleicht, so bekommen seine Nachkommen doch in gleicher Weise dunkle Haare, als wenn er nie eine Veränderung an seinem Haar vorgenommen hätte. Der Verlust eines Gliedes hat keinen Einfluß auf die Beschaffenheit der Glieder der Kinder, auch wenn sie nach dem Zeitpunkt der Verstümmelung des elterlichen Körpers gezeugt sind. Eine durch Unfall buckelig gewordene Frau wird deshalb nicht eher buckelige Kinder bekommen als eine Frau mit geradem Rücken. Dieser Umstand ist besonders für psychische Merkmale von höchster Bedeutung, da hier ganz wesentliche soziale, kriminologische, zivilisatorische und kulturelle Probleme berührt werden. Wir müssen schon aus diesem Grunde ausführlich über die Frage des Schicksals erworbener Eigenschaften sprechen. Ein Mensch, der, anlagenmäßig unmusikalisch, auf die Bedienung eines Musikinstruments hin dressiert wurde und es zu einer erheblichen Fertigkeit gebracht hat, wird ebensowenig musikalische Kinder erzeugen als ein glücklicherer Artgenosse, dem jene Dressur erspart geblieben ist. Ein asozial veranlagtes Individuum, das durch erfolgreiche Maßnahmen erzieherischer Natur zu einem nützlichen Glied der menschlichen Gesellschaft wurde, wird keine besser beanlagten Nachkommen haben als ein biologisch gleichartiges, das nicht

durch die erzieherische Schule ging. Was seine Kinder vor denen des letzteren voraushaben, ist bestenfalls das für die soziale Anpassung günstigere Milieu, die Ausschaltung wesentlicher, die asozialen Reaktionen befördernder Außenfaktoren von frühester Kindheit an. Hierdurch mag für den oberflächlichen oder in Lamarckistischem Aberglauben befangenen Beobachter Vererbung erworbener Eigenschaften vorgetäuscht werden, wo von solcher nicht die Rede ist. Durch Erziehung können nie ungünstige Anlagen verbessert werden, nicht einmal bei dem den erzieherischen Maßnahmen unterworfenen Individuum selbst, noch viel weniger bei seiner Nachkommenschaft. Erziehung vermag nur am Milieu einsetzend die gleichsinnig mit der verhängnisvollen Anlage wirkenden Umweltfaktoren abzudrosseln, solche von entgegengesetzter Richtung in Aktion zu setzen und so zu versuchen, das Zustandekommen unerwünschter Reaktionen, die Ausbildung ungünstiger Eigenschaften im Erscheinungsbild hintanzuhalten. Das ist viel, aber auch alles. Die Anlagen bleiben und werden weiter vererbt. Daran kann keine, auch nicht die beste und sorgfältigste Erziehung etwas ändern.

Ein solcher Pessimismus mag betrüblich erscheinen und geeignet sein, eine hochtemperierte erzieherische Begeisterung von vornherein abzukühlen, wie er ja auch die Therapiefreudigkeit mancher Ärzte beeinträchtigt. Er ist aber notwendig, um nicht allzu hoch gespannte Erwartungen aufkommen zu lassen, deren unausbleibliche Enttäuschung den Entzauberten erst recht dem Pessimismus, dem Skeptizismus und der Inaktivität in die Arme treiben wird. Gerade der Kriminologe muß sich darüber klar sein, wo und in welcher Weise die schönste und edelste Potenz der Strafe, nämlich die bessernde Wirkung, anzugreifen vermag. Er muß wissen, daß sich der Strafvollzug als kriminalistischer Akt stets an eine psychische Verfassung wendet, in welcher Anlage und Umwelt infolge ihrer unaufhörlichen Einspielung aufeinander bereits zu einem fast organisch anmutenden Ganzen verschmolzen sind; es ist schwer, aber notwendig, nicht Zeit und Kraft zu verschwenden, sondern zu versuchen, Anlagemäßiges vom Umweltbedingten zu trennen und bei letzterem mit allem Nachdruck einzusetzen. Der Strafvollzug wird den Verbrecher, d. h. seine Erbanlagen, seine ungünstigen Reaktionsdeterminanten nie bessern, er wird ihn lediglich durch entgegengesetzt wirkende Umweltreize erfolgreich dressieren können, er wird den sozialen Wildling und seine Nachkommenschaft mit Hilfe einer sorgfältigen Befürsorgung vielleicht domestizieren im Sinne der Gewöhnung an die Lebensnormen der großen sozialen Gemeinschaft, wie sie nun einmal beschaffen sind. Die Anlagen

bleiben und werden höchstens im Laufe der Generationen ausgemerzt durch biologische Auslesevorgänge. Diese zu unterstützen ist Aufgabe einer kriminalbiologischen Eugenik, die danach streben muß, vor allem die anlagemäßigen Bedingtheiten des Verbrechens zu kennen, um dann aktiv eingreifen zu können durch Verhinderung der Fortpflanzung jener Individuen, die nachgewiesenermaßen die Anlageträger darstellen. Wieweit wir hier sind, davon wird im speziellen Teile noch zu sprechen sein.

Seien wir uns dessen doch ja bewußt: auch der höchstzivilisierte Neger, der für seine Person den denkbar vollkommensten Grad der Anpassung an die Zivilisation und Kultur der hellen Rassen erreicht hat, dessen Denken und Handeln nur noch in den von diesem Gesittungskreise gezogenen Geleisen läuft, wird mit einer gleich hochkultivierten Negerin Kinder erzeugen, die in das ursprüngliche Negermilieu zurückversetzt sich in keiner Weise von autochthonen Negerkindern unterscheiden. Zivilisation und Kultur können vom Einzelwesen nur für das Einzelwesen selbst erworben und auf die Nachkommen lediglich durch Erziehung, durch entsprechende Gestaltung des Milieus weitergegeben, nie aber anlagenmäßig vererbt werden. Das Wort von der »alten Kultur« bestimmter Familien und Geschlechter wird in dem Augenblicke zu einem törichten Schlagwort, wo man glauben zu dürfen meint, daß erworbene kulturelle Qualitäten an das Erbgut selbst fixiert werden könnten. Was die positive kulturelle Auslese in diesen Familien bedingt, ist nichts anderes als die Tradition, die Erziehung, die Milieugestaltung auf der einen und die entsprechende Zuchtwahl auf der anderen Seite.

Dies gilt selbstverständlich auch für die negativen Varianten der menschlichen Gesellschaft, für die Verbrecher. Wird ein Mensch zum Verbrecher, so wird deshalb seine Keimsubstanz in keiner Weise verändert, die Erbmasse, die er seinen Nachkommen weitergibt, bleibt die gleiche, die sie vorher war; was der Kriminalität in seiner Deszendenz Vorschub leisten kann, sind neben den ursprünglichen ungünstigen Anlagen, die etwa schon bei seinem eigenen Abgleiten in die Kriminalität wirksam waren, ungünstige Milieuverhältnisse, die wohl durch die Kriminalität geschaffen sein können, mit Vererbung aber nichts zu tun haben. Es ist erstaunlich, wie weit auch die gebildete Allgemeinheit noch davon entfernt ist, sich über diese einfachen und schon logisch so leicht erschließbaren Verhältnisse auch nur einigermaßen im Klaren zu sein. Man mengt Begriffe oder besser Worte wie Vererbung, Belastung, Disposition, Veranlagung, Rasse, Erziehung, Tradition, Keimverderb, Degeneration,

Entartung zu einem ungenießbaren Salat zusammen und flüchtet sich schließlich, weil man mit diesem Mißprodukte doch nichts anzufangen weiß, in die Räucherkammer verschwommener okkulter und mystischer Vorstellungen, nach dieser ultima Thule aller unklaren, aber selbstbewußten und eitlen Köpfe. In dem clair obscur dieser Atmosphäre fühlt man sich geborgen; man darf reden, ohne denken zu müssen, behaupten, ohne sich der Gefahr einer Kontrolle auszusetzen, man befriedigt sein Geltungsbedürfnis, ohne Verpflichtungen einzugehen, kurzum: man ist glücklich.

Wir kommen zum Ende des allgemeinen Teiles. Die angeführten einfachsten Beispiele bieten eine Illustration zu den wichtigsten Grundtatsachen der Lebenserscheinungen. Wir fassen zusammen und erkennen:

1. Vererbt wird eine Reaktionsbereitschaft; sie ist in der Erbanlage gegeben.
2. Erkannt im Erscheinungsbilde wird die Reaktionsweise; sie stellt das erbliche Merkmal dar.
3. Die ererbte Reaktionsbereitschaft reagiert auf Reize der Umwelt.
4. Diese Reize der Umwelt können im Sinne der Richtung liegen, welche die Reaktionsdeterminanten angeben oder aber im Gegensinne. Es gibt also hemmende und fördernde Umweltfaktoren für die Manifestation des Merkmals.
5. Weitervererbt wird die Eigenschaft, d. h. die ihr zugrundeliegende Reaktionsbereitschaft ohne Rücksicht darauf, ob sie bei dem zeugenden Individuum in die Erscheinung getreten ist oder nicht.
6. Die Weitergabe der Anlage erfolgt — in der Regel wenigstens — ohne Abänderung derselben, so daß beim Empfänger der Anlage der reaktive Vorgang wieder so in die Erscheinung treten kann, wie dies der ursprüngliche Charakter der Anlage in Einspielung auf die sich ergebenden Reize der Umwelt bedingt.
7. Eine Vererbung erworbener Eigenschaften gibt es nicht. Es sei denn, daß diese Eigenschaften eine gleichsinnige Veränderung der Keimsubstanz in Form der Bildung einer neuen oder der Ausmerzung der alten Anlage hervorrufen, was außerhalb der praktisch zu berücksichtigenden Wahrscheinlichkeit liegen dürfte.
8. Erbanlagen entstehen durch Abänderung der Keimsubstanz auf Grund von äußeren oder inneren Reizen, die uns in der Hauptsache heute noch unbekannt sind. Sie können in der gleichen Weise auch verschwinden, doch werden sie meist durch Auslese- und Gegenauslesevorgänge ausgemerzt.

Wir hielten es für notwendig, auf diese teilweise scheinbar etwas abseits vom Thema liegenden Dinge so ausführlich einzugehen, weil es uns unerläßlich erscheint, daß sie den Begriff von Anlage und Umwelt, von ihren gegenseitigen Beziehungen und Einspielungen, ihrer Einwirkung auf das Zustandekommen der erblichen Merkmale und ihrer Rolle bei der Vererbung richtig kennen lernen und zwar so kennen lernen, daß Sie in der Lage sind, Ihre Erkenntnisse abstrahiert vom konkreten Fall auf jedes beliebige Problem anzuwenden. Das rechte Verständnis dieser Dinge läßt sich aber nur an Hand einfacher, der Anschauung besonders leicht zugänglicher Erscheinungen vermitteln. Vererbungsregeln direkt und ausschließlich an kriminologischen Problemen darzulegen, die mit zu den umstrittensten und kompliziertesten der ganzen Biologie gehören, ist ebenso undankbar wie gefährlich. Wir müssen vielmehr versuchen, schrittweise vom Einfachsten zum Komplizierten vorzudringen; nur dann wird Aussicht bestehen, im Kompliziertesten die einfachsten Vorgänge zu erkennen, weil wir in der Lage sein werden, sie darin wieder zu erkennen. Das anscheinend Komplizierte aber durch Erkennen des Einfachen in ihm auf eine allgemeine Grundformel zurückzuführen, ist ja der letzte Sinn aller Naturwissenschaft.

Wir gingen von einfachen körperlichen Merkmalen aus, um uns über das Wesentliche von Anlage und Umwelt klar zu werden. Ein Schritt weiter auf den eingeschlagenen Weg führte uns bereits in das Gebiet der sogenannten psychischen Erscheinungen, die letzten Endes ja ebenfalls Funktionen des Körpers, und zwar seiner höchst differenzierten Organe darstellen: nunmehr sind wir so weit, daß wir uns ausschließlich mit Fragen kriminalbiologischer Natur beschäftigen können.

II.

Auf die Fülle der kriminalbiologischen Probleme, Untersuchungen und Ergebnisse einzugehen, welche die Anlage und Umwelt beim Verbrecher als Gegenstand oder zum Hintergrund haben, ist im Rahmen dieser Ausführungen unmöglich. Wir können aus ihnen lediglich ein Fazit ziehen und dieses Fazit darauf prüfen, ob es mit der Anschauung vom reaktiven Charakter aller menschlichen Lebenserscheinungen, die wir im allgemeinen dargelegt haben, und somit auch der kriminellen Erlebnisse, Neigungen und Handlungen, sich in Einklang bringen läßt.

Das Verbrechen ist die Reaktion einer ganz bestimmten Anlage auf eine ganz bestimmte Umweltskonstellation.

Was haben wir unter der »Anlage zum Verbrechen« zu ver-

stehen? Es gibt eine Anlage zu jener eigenartigen Verkrüppelung der Füße, die wir Klumpfuß nennen und die sich stets in ähnlicher, auch für den oberflächlichen Beobachter leicht erkennbarer und unmißverständlicher Weise äußert; es gibt eine Anlage zur braunen Augenfarbe, d. h. zur Bildung von Pigment in der Regenbogenhaut des Auges. Es gibt eine Anlage zu jener schweren um die Wende des 4. Lebensjahrzehnts auftretenden Nervenerkrankung, die unter den Erscheinungen des Veitstanzes zu körperlicher Verelendung und meist zu völligem geistigem Ruin führt. Dürfen wir in diesem Sinne auch von einer Anlage zum Verbrechen sprechen? Die Antwort kann nur ein entschiedenes Nein sein.

Das Verbrechen ist — biologisch gesprochen — ein viel zu willkürlich abgegrenzter soziologisch-juristischer Begriff, als daß zu erwarten wäre, daß sich in der Keimsubstanz schon vorgebildete Anlagen fänden, die im Individualleben diejenigen Erscheinungen und nur diese hervorzurufen geeignet wären, die sich unter dem Begriff des Verbrechens subsumieren lassen. Hätte dieser Begriff nur eine wenig andere Abgrenzung erfahren, so würden dann diese erblichen Merkmale gar nicht oder nur teilweise als Verbrechen gedeutet werden und andere an ihre Stelle treten. Die Annahme einer spezifischen Anlage zum Verbrechen hätte nur dann einen naturwissenschaftlichen Sinn, wenn bei der Begriffsbestimmung des Verbrechens, bei der Abgrenzung der Rechtsnorm nach rein biologischen Gesichtspunkten hätte vorgegangen werden können, wie z. B. bei derjenigen der Krankheiten und Anomalien. Da dies aber nicht der Fall ist und — das muß selbstverständlich zugegeben werden — nicht sein kann, kann es auch eine »Erbanlage zum Verbrechen« nicht geben. Außerdem müßte es sich ja unter allen Umständen um eine Vielheit von Anlagen handeln, da die Zahl der möglichen Verbrechen eine so große ist und die einzelnen Formen des Rechtsbruchs so wesensverschieden sind, daß man an gemeinsame Reaktionsdeterminanten, die nur auf verschiedene Reize der Umwelt in verschiedener Weise reagieren würden, nicht denken kann. Betrug und Mord aus Eifersucht, z. B. als Modifikationen eines einheitlichen Merkmals »Verbrechen« aufzufassen, wäre eine biologische Absurdität.

Die Anschauungen *Carl Raths*, der 1914 den an und für sich sehr begrüßenswerten Versuch gemacht hat, den erblichen Dispositionen zum Verbrechen nachzugehen, können heute nicht mehr als diskutabel bezeichnet werden. Er sagte wörtlich: »Die ausschlaggebenden Bestandteile in dem Komplex von Anlagen, aus denen die verbrecherischen Handlungen unserer Zuchthäusler hervorgingen, vererben sich nach den Mendel'schen Regeln,

und zwar so, daß die normalen Erbeinheiten über diejenigen, die ein Individuum zum Verbrecher prädestinieren, dominieren. Das Manifestwerden der verbrecherischen Anlagen eines Individuums aber wird von seinem Geschlecht beeinflußt: die Eigenschaften des weiblichen Geschlechts üben einen dämpfenden, aber keinen vollständig unterdrückenden Einfluß auf dieses Manifestwerden aus.« Abgesehen davon, daß *Rath* mit einer fehlerhaften Methodik an seine Forschungen heranging und demzufolge statistische Zufallsziffern oder zum mindesten den zahlenmäßigen Ausdruck einer einseitigen Auslese fälschlich als Erbproportionen deutete, stellt die ganze Untersuchung einen Versuch an einem untauglichen Objekt dar: dadurch, daß er nur als schuldig erkannte und bestrafte Verbrecher einbezog und dabei glaubte, alle Verbrecher aus dem betreffenden Familienkreise erfaßt zu haben, auf der andern Seite aber stillschweigend voraussetzte, daß es sich bei den Bestraften nun immer wirklich um Verbrecher handelte, nahm er eine Unfehlbarkeit der Justiz als ganz selbstverständlich an, die man mit guten Gründen anzweifeln kann, ohne sich dem Verdacht anarchistischer Denkweise auszusetzen. Der Naturwissenschaftler darf jedenfalls die Autorität einer staatlichen oder privaten Institution niemals als biologischen Faktor in sein Kalkül einsetzen. Man würde es einem psychiatrischen Erblichkeitsforscher mit Recht zum Vorwurf machen, wenn er sich bei der Forschung nach Erbproportionen nur auf die von anderen Ärzten diagnostizierten und nur auf die asylierten Geisteskranken beschränken und die Diagnosen der Anstalten oder Kliniken unbesehen als maßgebend anerkennen wollte; der gleiche Vorwurf trifft sinngemäß auch den Kriminalbiologen, der naiverweise auf jeden Fall nur die bestraften oder entdeckten Verbrechen in Rechnung setzt und den Spruch der Justiz unter allen Umständen als naturwissenschaftlich maßgebend ansieht. Da ein sehr großer Teil der Verbrechen wahrscheinlich überhaupt nie zur Entdeckung kommt, also auch wissenschaftlich nicht erfaßt werden kann, wäre es selbst dann unmöglich, kriminelle Erbproportionen zu errechnen, wenn es eine »Anlage zum Verbrechen« gäbe. Dies nur nebenbei. Wichtig für uns ist, daß auch die an und für sich so gründlichen Untersuchungen jenes Autors die Annahme von spezifischen Erbanlagen zum Verbrechen nicht zu stützen vermögen.

Man wird daher den Ausdruck »Erbanlage« beim Verbrechen besser ganz meiden und lieber von kriminogenen Voraussetzungen sprechen. Daß mit diesem Worte nur die erblichen Voraussetzungen gemeint sind, geht aus seiner antithetischen Stellung zur Umwelt genügend deutlich hervor.

Also: keine Erbanlagen zum Verbrechen, sondern

kriminogene Voraussetzungen. Daß aber solche bestehen und von ganz eminenter Bedeutung sind, darüber gibt es keine Debatte mehr. Die Ansicht *Galtons*, der ganz allgemein behauptete, äußere Einflüsse hätten nur soweit Bedeutung für die Persönlichkeitsentwicklung, als sie Wissen und berufliche Ausbildung vermitteln, ist allerdings heute überholt. Ebenso ist *Lombrosos* Lehre vom delinquente nato, dem geborenen Verbrecher, sicherlich auch in der Modifikation der letzten Veröffentlichungen des außerordentlich verdienstvollen und heute ganz zu Unrecht in ein etwas schiefes wissenschaftliches Licht gezogenen Autors nicht mehr zu halten. *Lombrosos* Hypothese besagt nach der zusammenfassenden Darstellung seines Schülers *Kurella*, daß alle echten Verbrecher eine bestimmte, in sich kausal zusammenhängende Reihe von körperlichen, anthropologisch nachweisbaren, und seelischen, psycho-physiologisch nachweisbaren Merkmalen besitzen, die sie als eine besondere Varietät, einen eigenen anthropologischen Typus des Menschengeschlechts charakterisieren und deren Besitz ihren Träger mit unentrinnbarer Notwendigkeit zum Verbrecher — wenn auch vielleicht zum unentdeckten — werden läßt, ganz unabhängig von allen sozialen und individuellen Lebensbedingungen.

Eine solche Omnipotenz der Anlage muß nach dem heutigen Stande unserer kriminalbiologischen Kenntnisse wie nach den allgemeinen erbwissenschaftlichen Forschungsergebnissen abgelehnt werden. Allerdings haben die neuesten Forschungen doch gezeigt, daß die allzuhohe Einschätzung des Milieus für die Genese des Verbrechens, die in begreiflich tendenziöser Fassung von dem Rußland des vergangenen Jahrzehnts ihren Ausgang nahm und die kriminalbiologische Weltmeinung schon sehr erheblich zu infizieren begann, doch auf recht schwankendem Boden steht. *J. Lange* hat kürzlich 13 eineiige und 17 zweieiige Partner verbrecherischer Zwillinge auf ihre Kriminalität untersucht und dabei eine in dieser ausgesprochenen Form überraschende Überwertigkeit der Anlage, der erblichen kriminogenen Voraussetzungen gefunden. Eineiige Zwillinge sind die einzigen menschlichen Individuen mit — bis auf geringfügige Ausnahmen — ganz gleicher Erbmasse; zweieiige verhalten sich in erblicher Beziehung wie gewöhnliche Geschwister. Zwillinge im allgemeinen, sowohl eineiige als auch zweieiige, sind Geschwister, die, unmittelbar nacheinander geboren, meist zusammen aufwachsen und längere Zeit unter gleichen Außeneinflüssen zu leben pflegen als sonstige Geschwister. Es muß sich also an der Kriminalität der Eineiigen im Vergleich mit den Zweieiigen die Rolle der erblichen kriminogenen Voraussetzungen und an der Kriminalität der Zweieiigen im Vergleich mit jener der Ge-

schwister die Bedeutung der zur Kriminalität führenden Umweltfaktoren studieren lassen. Je größer die Bedeutung der Anlage für ein bestimmtes Merkmal ist, umso häufiger müssen eineiige Zwillinge dieses Merkmal gemeinsam zeigen und umso seltener muß es vergleichsweise bei Zweieiigen gefunden werden; spielt die Umwelt als Ursache eine alleinige oder überragende Rolle, so muß das Merkmal bei den Eineiigen und Zweieiigen gleich oder annähernd häufig, aber wesentlich häufiger sein als bei den übrigen Geschwistern. Diese für die allgemeine menschliche Erbbiologie so außerordentlich wichtige Methode hat *Lange* auf Probleme der Kriminalbiologie angewandt und folgendes gefunden: Der Partner ist bei den 13 eineiigen Paaren auch bestraft in 10 Fällen, nicht bestraft in 3. Bei den 17 zweieiigen Paaren erfolgte die Bestrafung in 2 Fällen, während 15 Partner straffrei blieben. Es ergaben sich also annähernd reziproke Verhältnisse und *Lange* folgert sehr richtig, daß man der Bedeutung der Zwillingsmethode entsprechend aus diesem Ergebnis auf eine ganz überwiegende Rolle der Anlage unter den Verbrechensursachen schließen muß. Auf der anderen Seite ergab ein Vergleich der Befunde an zweieiigen Zwillingen mit der Geschwisterkriminalität, daß der gleichen Umwelt für die Entstehung des Verbrechens bei Zweieiigen nur eine äußerst bescheidene Bedeutung zukommen kann. *Lange* betont aber ausdrücklich, daß die Anlage nicht ausschließliche Verbrechensursache ist, sondern auch den Umwelteinwirkungen eine gewisse Rolle zuerkannt werden muß. Fand sich schon bei den eineiigen Paaren keineswegs durchgehend übereinstimmendes Verhalten gegenüber dem Verbrechen, so ließ das feinere psychologische und speziell kriminalpsychologische Studium der Fälle bedeutsame gestaltende und modifizierende Umwelteinflüsse erkennen. Dabei wurden für die nicht-übereinstimmenden Eineiigen als äußere Verbrechensursachen nicht vorwiegend soziale und seelische Momente gefunden, sondern u. a. grobe Hirnschädigungen beim kriminellen Teil mit Beziehungen der Folgeerscheinungen zum Verbrechen. Interessant ist die Feststellung, daß der Einfluß der Zwillinge aufeinander nur eine untergeordnete Rolle spielt. Jedenfalls müssen wir die Untersuchungen und Ergebnisse *Lange*s als einen gewichtigen Beweis für die hohe Bedeutung der erblichen kriminogenen Voraussetzungen ansehen und als eine sehr notwendige Korrektur der allzu sehr sich breitmachenden Milieutheorie begrüßen. Auffallend sind diesen anscheinend doch so eindeutigen Resultaten gegenüber die Befunde von Forschern wie *Dahlström* und *Healy*, die sich wiederum für eine überragende Bedeutung des Milieus besonders im Hinblick auf die ju-

gendliche Kriminalität aussprechen. An einen kritischen Vergleich dieser abweichenden Ergebnisse ernster Forschungen können wir hier nicht herantreten. Wir möchten nur darauf hinweisen, daß die Diskrepanz an sich ein Licht wirft auf die Schwierigkeit der kriminalbiologischen Probleme im allgemeinen und ganz besonders auf diejenigen der Rolle von Anlage und Umwelt bei der Entstehung des Verbrechens.

Oben wurde festgestellt, daß es eine Erbanlage zum Verbrechen nicht gibt und schon aus begrifflichen Gründen nicht geben kann. Die erblichen kriminogenen Voraussetzungen müssen vielmehr in gewissen Spezifitäten des Charakters und des Temperaments, in eigenartigen Persönlichkeitszügen gesucht und gefunden werden, die in der Breite des Normalen oder schon außerhalb der Normgrenzen im Pathologischen liegend, auf die Umweltreize in einer Art und Weise einspielen, die das Individuum mit den Gesetzen in Konflikt bringen kann. Da die hohe Bedeutung der kriminogenen Voraussetzungen für die Entstehung des Verbrechens als nachgewiesen gelten darf, erhebt sich die Frage nach der Art dieser kriminogenen Voraussetzungen und ihren Beziehungen zu anderen psychischen wie körperlichen Merkmalen einerseits und zum Verbrechen anderseits. Auf diese Fragen in der Kürze der gegebenen Zeit ausführlich und erschöpfend einzugehen, ist so gut wie unmöglich. Wir wollen uns darauf beschränken, einige besonders wichtige Punkte zu streifen.

Daß gewisse Psychosen und gewisse Psychopathien sehr eindeutige Beziehungen zur Kriminalität besitzen, die auch für die einzelnen Verbrechensqualitäten spezifiziert werden können, ist klar. In den Erbanlagen zu den betreffenden Anomalien sind dann die wichtigsten kriminogenen Voraussetzungen ohne weiteres gegeben. Gewaltverbrechen erregter oder im Dämmerzustand befindlicher Epileptiker gehören hierher, Grausamkeiten gemütskalter Schizophrener oder schizoider Psychopathen, die Verteidigungs- und Racheakte der Paranoiker sowie ihre politischen Vergehen, die expansiven Schwindeleien und Betrügereien der Manischen und Hysteriker und schließlich die Brandstiftungen und Sittlichkeitsdelikte der erblich Schwachsinnigen, um nur einige besonders naheliegende und markante Beispiele zu nennen. Diese anlagemäßigen Voraussetzungen sind es aber weniger, die den Kriminalisten interessieren; hier ist das Verbrechen in erster Linie ein Symptom der Geisteskrankheit, es wird vom rechtsprechenden Richter in der Regel als nicht vorhanden erklärt und der Rechtsbrecher selbst kommt nicht in die Obhut des Strafvollzugsbeamten, sondern in die Hände des Irrenarztes.

Viel wichtiger sind die erblichen kriminogenen Voraussetzungen beim nicht-geisteskranken Verbrecher, mag ihn die psychiatrische Begutachtung nun als Psychopathen bezeichnen oder noch in die Normbreite der Durchschnittsmenschen einordnen. In dieser Kategorie findet sich die große Masse der Rechtsbrecher. Hier ist die Trennung von anlage- und umweltmäßigen Bedingtheiten von besonderer Bedeutung, hier muß eine Gruppenbildung nach sozialer Prognose, nach Besserungsfähigkeit versucht werden, weil diese Menschen in den Strafvollzug kommen und meist eines Tages wieder in das Getriebe des freien Lebens entlassen werden. Für sie ist auch die Schaffung einer eigenen kriminalbiologischen Eugenik von der höchsten Bedeutung, deren Möglichkeit aber eben von der Erkennung der erblichen Voraussetzungen zum Rechtsbruch abhängig ist. Bei diesen Rechtsbrechern sind es weniger ausgedehnte Komplexe pathologischer Symptome, als vielmehr meist jene einzelnen Züge der Persönlichkeit, jene Charakter- und Temperamentsspezifitäten, von denen wir sprachen, die in besonderer Ausprägung aus dem Relief der übrigen Eigenschaften vorspringen und so den verhängnisvollen Reizen der Umwelt einen günstigen Angriffspunkt bieten. Wenn z. B. mißliche materielle Verhältnisse, mangelnde Gelegenheit zum Erwerb von Wissen und zum Erringen einer befriedigenden Stellung den jugendlichen, ehrgeizigen Menschen zum Schwindler und Hochstapler werden lassen, so ist es der prominente Charakterzug der Geltungsbedürftigkeit verbunden mit einem lebhaften Temperament, was wir als kriminogene Vorbedingung für die fatale asoziale Reaktion ansehen dürfen und hier kann ein genaues Studium der Persönlichkeit die erbliche Wurzel vielleicht sogar noch weiter aufdecken: Handelt es sich um einen sogenannten zykloiden Psychopathen oder eine zyklothyme Persönlichkeit, um Typen also, wie wir sie in der Familie Manisch-Depressiver gehäuft antreffen, so liegt die Annahme nahe, daß wir in dem Komplex der Erbanlagen zum manisch-depressiven Irresein die letzten erblichen Voraussetzungen zu jener kriminellen Reaktionsweise erblicken dürfen. Eine ähnliche Analyse ist auch für andere soziologische Verbrechertypen möglich, für die Haltlosen, die Gemütsarmen, die Streitsüchtigen, die Fanatiker usw.; sie wird, wie *Kurt Schneider* gezeigt hat, stets zu einem psychologischen Typus und über diesen hinweg — wir möchten hier einschränkend bemerken, in günstig gelagerten Fällen — zu einem biologischen Typus gelangen. Notwendig ist aber die Kontrolle der biologischen Existenzberechtigung dieser Typen durch eine wissenschaftliche Familienforschung. Von einer be-

friedigenden Typenbildung in der Kriminalbiologie sind wir noch weit entfernt; sie ist aber unbedingt notwendig, weil die kriminellen Akte des Strafvollzugs, der Sicherung und der Befürsorgung wie alle Erziehungsmaßnahmen zwar zur Individualisierung drängen, aber nie bis zur Sonderbehandlung des Individuums selbst ausgebaut werden können, sondern bei der Individualität zweiter Ordnung, dem Typus, halt machen müssen. Die Verhältnisse liegen hier ähnlich wie bei der Erziehung der Jugendlichen. Da jeder Mensch ein Produkt von ganz spezifischer Anlage und spezifischer Umwelt darstellt, müßte der pädagogische Akt streng genommen jedem Individuum gegenüber ein individueller sein. Diese ideale Forderung kann in der Praxis keine Befriedigung finden, der Erzieher muß vielmehr nach einem Kompromiß zwischen individueller und kollektiver Erziehung fahnden. Hier kommt ihm die Typenlehre zu Hilfe, die für die Spannung zwischen allgemein und individuell Gültigem einen Ausgleich zu schaffen sucht. Der Weg zur Erfassung von Typen führt aber über die Kenntnis der Vererbungsvorgänge. Der Psychologe *Pfahler* hat kürzlich ein System pädagogischer Typen aufgestellt, das aber, so geistvoll und biologisch gut gesehen es ist, für die Kriminalistik nur von untergeordneter Bedeutung sein kann. —

Wir haben schon mehrfach Gelegenheit genommen, anzudeuten, daß die Feststellung anlagebedingter Merkmale im Erscheinungsbild in hohem Maße von einer leichten und unmißverständlichen Erkennbarkeit dieser Merkmale abhängig ist. Aus der Eigenart der zum Verbrechen prädestinierenden Charakter- und Temperamentsspezifitäten geht nun ohne weiteres hervor, daß ihre Erkennung im Erscheinungsbilde des Menschen durchaus nicht so einfach und objektiv möglich ist wie diejenige von körperlichen Mißbildungen und solchen Krankheiten, die unter einer einfachen und klaren somatischen Symptomatologie verlaufen. Bei der Feststellung psychischer Eigenschaften kommt stets die Psyche des Beobachters in hohem Maße störend in die Quere; während auf körperlichem Gebiete man sich im allgemeinen über die Abgrenzung der Norm und besonders der verschiedenen Abweichungen ziemlich im klaren ist, nimmt auf demjenigen der psychischen Erscheinungen jeder Untersucher mehr oder weniger das Recht für sich in Anspruch, die Grenzpfähle zu lockern und anders zu stecken, ein Individualismus, der gelegentlich bis zum psychiatrischen »Grenzfrevel« gehen kann. Jedenfalls ist es nicht verwunderlich, daß man zu allen Zeiten nach körperlichen Erscheinungen suchte, die einen Rückschluß auf die erblichen psychischen und speziell kriminogenen Voraussetzungen gestatten. Hierbei spielten in der Wissenschaft lange

Jahrzehnte hindurch die sogenannten Degenerationszeichen oder Entartungsmerkmale eine große Rolle, die das nichtwissenschaftliche Schrifttum ja schon seit Jahrhunderten kennt, wenn es sie auch nicht als solche bezeichnet. Schon von jeher wurde der Verbrecher ähnlich geschildert, wie wir es zu Eingang dieser Ausführungen versucht haben und hinter jener Karikatur verbirgt sich ja nichts weiter, als eine Häufung jener Stigmata, die man als Degenerationszeichen ansieht und die beim Verbrecher häufiger vorkommen sollen, als beim sozial vollangepaßten Menschen. Es sind dies in der Hauptsache Zahnanomalien, überzählige Finger und Zehen, angewachsene Ohrläppchen, unregelmäßige Haargrenze, abnorm dichtes und ungewöhnlich gefärbtes Haar, zusammengewachsene, übermäßig dicke Augenbraunen und ähnliche Merkmale, die wohl beim kriminellen wie nichtkriminellen psychisch Abnormen häufiger getroffen werden, als beim sogenannten Normalen, aber keineswegs gerade für den Verbrecher charakteristisch sind. Auch die kriminalwissenschaftlich ernster zu nehmenden körperlichen Anomalien, die besonders den Hirnschädel betreffend naheliegende Rückschlüsse auf einen abweichenden Bau des für die Gestaltung der Psyche wichtigsten Körperorgans zulassen, haben sich für die Kriminalpraxis nur als sehr bedingt brauchbar erwiesen. Wenn nach den Lehren des russischen Hirnanatomen *Sernoff* bei Verbrechern die Trennung der Sporenfurche des Gehirns von der Hinterhauptsfurche achtmal so häufig ist, als bei Nichtkriminellen, so nützt das für den Einzelfall sehr wenig, schon deshalb, weil die Feststellung dieser Anomalie erst bei der Sektion möglich ist, falls nicht an sich schon Mikrozephalie besteht, bei der ähnliche Verhältnisse vorliegen. Interessant ist allerdings der atavistische Charakter der Anomalie in Hinblick auf *Lombrosos* Lehre, daß der uomo delinquente einen atavistischen, auf niedrigere Entwicklungsstufen hinweisenden Typus darstelle. Nach *Mingazzini* sollen atypische Bildungen bei Verbrechern überhaupt häufig sein und zuweilen atavistischen Charakter tragen, d. h. einen solchen, der an die Verhältnisse bei phylogenetisch tiefer stehenden Tieren erinnert. Vielleicht gehört die nicht seltene Prognathie des Entarteten, das starke Vorspringen des Oberkiefers verbunden mit Schiefstellung der Zähne nach außen ebenfalls in dieses Kapitel. Daß Kleinheit des Stirnumfangs einen Rückschluß auf mangelhafte Entwicklung des Stirnhirns, dessen Verletzung und Erkrankung häufig mit Beeinträchtigung des ethischen und moralischen Niveaus einhergeht, gestattet, liegt morphologisch nahe, ist aber durchaus nicht bewiesen. Wie dem auch sei: *Aschaffenburg* hat durchaus recht, wenn er sagt: »So oft ein neues Gebiet kriminalanthropologischer

Untersuchungen in Angriff genommen wurde, wiederholte sich dasselbe Spiel. Zuerst tritt die Behauptung auf, eine bestimmte Form der Abweichung sei für den Verbrecher charakteristisch; dann wird der Nachweis geführt, daß sich die gleichen Erscheinungen auch beim Nichtkriminellen finden, und endlich bleibt das Ergebnis, daß jedenfalls die Regelwidrigkeiten etwas häufiger bei Verbrechern zu finden sind.«

Ähnlich steht es auch mit den Beziehungen der Körperbautypen zur Art und Schwere des Verbrechens, auf die man heute allgemein große Hoffnungen setzen zu können glaubt. Daß solche Beziehungen bestehen, unterliegt wohl kaum einem Zweifel. Die Korrelation zwischen gewissen Eigentümlichkeiten des Körperbaus und jenen psychischen Spezifitäten, die wir oben als wichtige kriminogene Voraussetzungen bezeichnet haben, ist wahrscheinlich genug, daß die Hoffnung als berechtigt bezeichnet werden darf, hier eines Tages einen zuverlässigen Anhaltspunkt für die Erkennung anlagemäßiger Bedingtheiten zu gewinnen. Was aber heute schon teilweise mit erstaunlicher Apodiktik behauptet wird, schadet der Sache mehr als es nützt. Forschungsergebnisse, z. B. wie die des Russen *Blinkow*, der vor kurzem behauptet hat, die Tötung, die ein Astheniker begehe, sei ein heimtückisch und hinterlistig kombiniertes Verbrechen, dieselbe Tat eines Pyknikers vorwiegend eine affektive Handlung, während die von einem Athletiker begangene Mordtat kurzerhand als grob und schamlos bezeichnet wird, müssen in das nicht scharf genug zu brandmarkende Gebiet der Kriminalmythologie verwiesen werden. Wir möchten der festen Überzeugung Ausdruck verleihen, daß eines Tages das erwünschte Ziel erreicht wird, aus objektiv feststellbaren körperlichen Erscheinungen zuverlässige Schlüsse auf Tatsache und Art der kriminogenen Voraussetzungen ziehen zu können, müssen aber erklären, daß wir erst ein Stück Weges zu diesem Ziele zurückgelegt haben.

Abschließend wäre über die kriminogenen Voraussetzungen zum Verbrechen, die sogenannte verbrecherische Anlage also zu sagen, daß sie in einer Vielheit von Charakter- und Temperamentsspezifitäten als Reagens auf die Reize der Umwelt gegeben ist, eine für das Zustandekommen der kriminellen Handlung, des Merkmals »Verbrechen« hochbedeutsame Rolle spielt, jedoch im körperlichen Erscheinungsbilde des Menschen heute noch nicht in einer Weise erkannt zu werden vermag, die für die Feststellung besonders der latenten, nicht, oder noch nicht reaktiv auf die Umwelt eingespielten kriminogenen Voraussetzungen im Interesse der Erkennung und Verhütung der Kriminalität wünschenswert wäre.

Das Verbrechen ist die Reaktion einer ganz bestimmten Anlage auf eine ganz bestimmte Umweltkonstellation.

Über diese Umweltfaktoren können wir uns hier kurz fassen. Sie sind ja gerade diesem Hörerkreis zur Genüge bekannt. Wir haben die Umwelt im ersten Teile definiert als die Summe alles dessen, was das Individuum vom Beginne seiner Existenz als befruchtetes Ei bis zum Erlöschen seiner Lebensäußerungen umgibt und grundsätzlich unterschieden zwischen dem genotypischen Milieu, d. h. dem Komplex aller übrigen, nicht eigentlich spezifischen Anlagen, die als Reize auf die speziellen Anlagen zum Auftreten des Merkmals wirken können, und dem paratypischen Milieu, d. h. der Summe aller eigentlichen Außenfaktoren. Das genotypische Milieu kommt für die Probleme der Kriminalbiologie nur sehr bedingt in Frage; denn da es keine spezifischen Anlagen zum Verbrechen gibt, sondern die mannigfachsten normalen und pathologischen Persönlichkeitszüge als kriminogene Voraussetzungen auf besonders geartete Umweltreize einzuspielen vermögen, wird man nie scharf zwischen »Anlage« und »genotypischen Milieu« trennen können. Umwelt bedeutet für uns das paratypische Milieu, die verwirrende Fülle aller Reize, die auf den Menschen einstürmen, sobald er den schützenden Raum des mütterlichen Leibes verlassen hat, um den Kampf mit dem so komplizierten und problematischen freien Individualleben aufzunehmen. Daß schon die Verhältnisse, unter denen er seine zarteste Kindheit zubringt, richtunggebend wirken können, wissen wir. Erziehung, Schule, Kameradschaft, Beispiel, Verführung, Extreme der Behütung und Vernachlässigung stellen Komplexe verschiedengerichteter Umweltreize dar, die für eine spätere Kriminalität in fördernder und hemmender Weise von Bedeutung werden können. Die Reize wachsen mit der fortschreitenden Entwicklung des Individuums; sie werden, wenn auch nicht stärker und eindrucksgewaltiger, so doch vielgestaltiger, bestimmter und eindeutiger in ihrer Richtung und unmittelbarer in ihrer Wirkung. Der ungeheure Reizkomplex der wirtschaftlichen Verhältnisse springt den Menschen an: die Willensschwäche, die Gefühlsarmut, die Geltungssucht treten in Reaktion. Wie diese kriminogenen Voraussetzungen reagieren, stellt ein Fazit aus der speziellen Gesamtkonstellation von verschiedengerichteten Anlage- und Umweltbedingtheiten dar. Daß die Reaktion eine kriminelle sein kann, ist klar, ebenso daß die resultierende Form der Kriminalität sehr vielgestaltig in die Erscheinung treten wird. Der Mensch gerät weiterhin in den Strudel der sozialen und politischen Strömungen: wiederum wird Geltungsbedürftigkeit reagieren, das cholerische Temperament des Streitsüchtigen, des Fanatikers wird dem Umweltreize die kriminelle Quittung präsentieren. Die mannigfaltigen Konflikte, die aus dem

Zusammenleben der Geschlechter, der Familie, der Berufsgenossen, der Freunde, der Feinde, der Mit- und Entgegenstrebenden, aus den zivilisatorischen und kulturellen Errungenschaften erwachsen, bauen sich vor dem Menschen auf: er ist gezwungen, sich mit ihnen auseinanderzusetzen, auf sie zu reagieren. Er wird es anders tun, wenn er eine klare, heitere, feste, bedächtige und beständige, ausgeglichene Persönlichkeit ist, anders, wenn Widerstandslosigkeit, Willensschwäche, Unselbständigkeit, Zerfahrenheit, Erregbarkeit, Stumpfheit, Gemütsarmut, Geltungssucht oder Widerspruchsgeist den Kampf mit jenen unerbittlichen Gewalten des Daseins aufnehmen müssen. Daß aus diesem brodelnden Kessel des reaktiven Geschehens da und dort die kriminellen Sonderreaktionen aufschießen werden, ist eine Notwendigkeit, die sich aus den biologischen und soziologischen Voraussetzungen schicksalsmäßig ergibt. Wie bedeutungsvoll — darauf möchten wir zum Schlusse noch hinweisen — die großen Wendepunkte des historischen Geschehens, der hemmenden und fördernden Wechselbeziehungen der Völker, Rassen und Klassen zueinander für die Kriminalität werden können, haben wir alle erlebt; die inneren und äußeren Verbindungsmöglichkeiten Krieg — Enthemmung — Verbrechen, Streik — Not — Verbrechen, Streik — Alkohol — Verbrechen und ihre verschieden gerichteten Potenzen liegen auf der Hand und haben ihre tiefste Wurzel in dem gewaltigen Einfluß der Masse auf den Einzelnen, dessen anlagemäßige Voraussetzungen auf diesen kompakten Umweltreiz einspielen müssen und wie in soziopositivem, so auch in sozionegativem Sinne einspielen können. —

Abschließend und teilweise zusammenfassend möchten wir folgendes sagen:

1. Es gibt keine reinen Anlageverbrecher und keine reinen Umweltverbrecher. Das Verbrechen ist ein Reaktionsprodukt von Anlage auf Umwelt, naturwissenschaftlich a priori wertfrei und erst durch juristische und soziale Normierungen als Minusvariante in der Reihe des reaktiven Gesamtgeschehens abgestempelt. Der Anteil von Anlage und Umwelt wechselt im Einzelfalle so, daß es praktisch Fälle geben kann, in denen der eine oder der andere Reaktionspartner völlig in den Hintergrund tritt. Meist aber sind beide Reagentien der psychologischen und biologischen Analyse weit genug zugänglich, um erkannt und in ihren gegenseitigen Einspielungen bestimmt zu werden. Nach den neuesten Forschungen scheint die Anlage eine überragende Rolle zu spielen.

2. Anlagemäßige Voraussetzungen können gegeben sein sowohl für die Art des Verbrechens als auch für seine Schwere,

für die soziale und juristische Prognose. Bagatellverbrecher werden sich von schweren Jungen anlagemäßig ebenso unterscheiden, wie die singulären Fälle von den rezidivierenden Rechtsbrechern. Es darf aber nicht vergessen werden, daß auch bei diesen Gruppenbildungen die Reize der Umwelt eine große Rolle spielen.

3. Umweltfaktoren können in förderndem und hemmendem Sinne auf die kriminogenen Anlagen einwirken. Es ist also das paratypische Milieu für die Manifestierung der kriminogenen Voraussetzungen grundsätzlich von Bedeutung.

4. Eine Erbanlage zum Verbrechen gibt es nicht. Man wird daher besser stets von kriminogenen Voraussetzungen sprechen. Als solche spielen insbesondere gewisse erbliche Spezifitäten von Temperament und Charakter eine Rolle, ungünstige Konstellationen und Kombinationen von solchen Persönlichkeitszügen sowie psychopathische Symptome und Symptomgruppen aus gewissen pathologischen Typen, die für den Erbkreis der wichtigsten Psychosen charakteristisch sind. Es darf daher behauptet werden, daß die kriminogenen Voraussetzungen ganz wesentlich zu den Erbanlagen konstitutioneller Geisteskrankheiten in ursächlicher Beziehung stehen. Eugenische Maßnahmen, die darauf gerichtet sind, die Ausmerze der einen zu befördern, werden also auch die anderen treffen. Durch diese Tatsache wird aber die Forderung auf Schaffung einer speziell kriminal-biologisch orientierten Eugenik nicht berührt.

5. Die wünschenswerte Erkennung der kriminogenen Voraussetzungen an gewissen, der Anschauung leicht zugänglichen körperlichen Merkmalen muß heute noch als eine sehr problematische Angelegenheit bezeichnet werden. Die Bedeutung der sogenannten Degenerationszeichen wurde bis vor kurzem weit überschätzt; die Lehre von den Körperbautypen ist noch zu wenig ausgebaut und in ihren Ergebnissen zu wenig gesichert, als daß sie für die so konsequenzenreichen kriminologischen Feststellungen, für die Erkennung anlagemäßiger Bedingtheiten im Einzelfall herangezogen werden könnte. Hier ist aber ein Punkt, an dem die Forschung immer wieder einsetzen muß.

6. Da jeder Verbrecher eine Individualität darstellt, müßte sich der ideale kriminalistische Akt wie jeder ideale erzieherische an das Individuum anpassen, also auch seinerseits ein individueller sein. Dies kann in der Praxis natürlich nicht gefordert werden. Einen guten Ersatz für die unmögliche individuelle Beurteilung und Behandlung stellt die Berücksichtigung der Individualität II. Ordnung, die Berücksichtigung

des Typus dar. Unerläßlich ist daher eine befriedigende Herausarbeitung und Aufstellung biologischer Verbrechertypen, die sowohl nach Anlage- wie nach Umweltspezifitäten abzugrenzen und insbesondere auf ihre soziale Prognose, ihre Erziehungsfähigkeit zu untersuchen sind.

7. Die Erkenntnis von der Art und der Bedeutung der kriminogenen Voraussetzungen auf der einen sowie eine klare Einsicht in die fördernden und hemmenden Umweltfaktoren auf der andern Seite weist Wege zu einer wirkungsvollen Verhinderung und Bekämpfung des Verbrechens. Eine kriminalbiologische Eugenik wird in engster Zusammenarbeit mit der psychiatrischen die Ausmerze der kriminogenen Voraussetzungen aus der Erbmasse der Menschheit unterstützen und eine kriminalpsychologische Erziehertätigkeit die Einspielung schon bestehender und deshalb nicht mehr zu beseitigender Anlagen auf die Reize der Umwelt in dem Sinne zu regulieren suchen, daß sie durch möglichst intensive und zweckmäßig gewählte entgegengerichtet wirksame Reize die mit der ungünstigen Anlage gleichgerichteten bekämpft.

Verbrechen ist wohl Schicksal. Allein wie zur Erfüllung eines jeden biologischen Schicksals verschiedene Wege gebaut sind, so gibt es auch Pfade, die am Ziel vorbeiführen; diese Pfade dem mit der Anwartschaft auf ein kriminelles Schicksal beschwerten Menschen zu weisen, ihn auf diesen Wegen zu führen und zu stützen, muß Aufgabe der zur Erziehung berufenen und schicksalsmäßig günstiger determinierten Mitmenschen sein. Wir alle sind vor dem Richterstuhl der Natur weder gut noch böse, weder besser noch schlechter als andere, weil die Natur diese von Menschen geschaffenen Begriffe, diese Wertungen nicht kennt; wir sind lediglich mehr oder weniger zur Anpassung an die von unseren eigenen Artgenossen aufgestellten Normen gerüstet und zwar anlage- wie umweltmäßig. Und da in der möglichst vollkommenen Anpassung an die Notwendigkeiten des Zusammenlebens der Menschen letztlich das Glück des Durchschnittsindividuums, das ja die große menschliche Masse ausmacht, begründet ist, sind wir im Grunde nur mehr oder weniger glücklich. Glück verpflichtet aber, und dem weniger Glücklichen zu helfen, hilft uns wiederum eine Schuld an das Schicksal abzutragen, das uns die Einspielung der Umweltreize auf die Gegebenheiten unserer Anlagenkomplexe im Sinne der sozialen Normen leichter gemacht hat als denjenigen, die wir nun einmal Verbrecher nennen müssen und denen wir aus Gründen einer notwendigen Normierung des Daseins die Konsequenzen ihrer asozialen Reaktionsweise nicht ersparen können.

Resultate der Trinkerheilstätte Ellikon an der Thur[1]).

Von

Dr. **Heinrich Künzler.**

I.

Statistisches.

1912—1926.

Über die Resultate der Trinkerheilstätte Ellikon a. d. Thur (Kanton Zürich) liegen bis heute keine zusammenfassenden Untersuchungen vor. Wohl wird in jedem Jahresbericht vom Verwalter der Heilstätte über die Aufgenommenen Bericht erstattet, über ihr Alter, ihren Beruf, ihre Konfession, die Diagnose des Anstaltsarztes kurz orientiert und über die während des Jahres Ausgetretenen Auskunft erteilt, ob sie abstinent leben oder rückfällig geworden sind. Für denjenigen, der sich gewissenhaft Rechenschaft geben möchte über die Erfolge oder Mißerfolge, also über die Dauerresultate dieser Art von Trinkerfürsorgebestrebungen, bieten diese Angaben natürlich keine genügenden Anhaltspunkte. Es fehlen vor allem die über den Rahmen eines Jahresberichtes hinausgehenden Beobachtungen über das Verhalten früherer Insassen. Eine statistische Arbeit würde sich schon wegen dieses für die gesamte Trinkerfürsorge wichtigen Punktes lohnen. Sodann läßt sich durch eine statistische Bearbeitung des Elliker Materials Einiges feststellen, das Fingerzeige geben kann für die Behandlung Alkoholkranker und das die Prognosestellung für das mutmaßliche Resultat einer Heilstättenbehandlung bei den Einzelnen erleichtert.

Die von *Forel*, *Bleuler* u. a. gegründete Heilstätte Ellikon besteht heute seit 40 Jahren. Bis Ende 1928 wurden dort insgesamt 2205 Leute aufgenommen, anfangs auch vereinzelt Frauen, seit langem aber nur noch Männer. Leider zeigte es sich, daß es unmöglich ist, über die früheren Jahrgänge einigermaßen genügende Auskunft zu erlangen, die einen Überblick

---

[1]) Aus der psychiatrischen Klinik und Poliklinik der Universität Zürich. Direktor: Prof. Dr. *Hans W. Maier*. Arbeit unter Leitung von Privatdozent Dr. *J. E. Staehelin*.

über das Resultat der Kuren gestattet hätte. So beschränkt sich diese Untersuchung auf die Jahre 1912—1926[1]). Die Jahre 1927 und 1928 wurden weggelassen, weil die betreffenden Leute meist noch nicht einmal ein Jahr außerhalb der Anstalt leben, z. T. sogar die Kur noch nicht beendigt haben, so daß ein zuverlässiges Urteil über sie nicht möglich ist.

Über die Resultate der Jahre 1912—1926 konnte Herr *Egli*, der jetzige Hausvater in Ellikon, die meisten Auskünfte erteilen, da er die Großzahl der Insassen aus dieser Zeit noch im Auge hat. Über ungefähr 120 frühere Insassen wurden durch Fragebogen bei Gemeinde- und Armenbehörden, Fürsorgestellen und vereinzelt bei Privaten Erkundigungen eingezogen, die fast durchwegs sehr gründlich und zuvorkommend beantwortet wurden.

In den 15 Jahren 1912—1926 wurden in Ellikon 586 Trinker aufgenommen, im Jahr durchschnittlich 39. Eine reguläre Kur, die 12 Monate dauert, absolvierten jedoch bloß 354 = 60%, worunter sich aus den ersten Jahren 1912—1914 noch 14 befinden, deren Kur, wie es früher üblich war, bloß 9 Monate dauerte. Heute wird in Ellikon auf die Durchführung der Jahreskur größtes Gewicht gelegt, eine vorzeitig abgebrochene Kur als fast wertlos erachtet. Deshalb fallen die 41 Trinker, die wegen Krankheit oder sonst ohne eigenes Verschulden ihre Kur abbrechen mußten, und die 191, die während dieser Zeit davonliefen oder fortgeschickt wurden, für die Bewertung der Elliker Erfolge von vornherein außer Betracht.

Es ist für den Geist der Heilstätte typisch, einen ehemaligen Pflegling entweder als geheilt, d. h. absolut abstinent, oder dann als rückfällig zu bezeichnen. Dies hat seine volle Berechtigung, wenn man weiß, daß jede Billigung der »Mäßigkeit« den Alkoholiker wieder ins Verderben führt. Wenn diese Einstellung dem Trinker gegenüber psychologisch die einzig richtige ist, so würde sie, auf eine Statistik angewendet, dem Resultat der Heilstätte keineswegs gerecht; denn es zeigte sich gleich zu Anfang, daß man eben doch nicht alle ehemaligen Insassen kurzerhand in weiße und schwarze Schafe einteilen kann. Eine sehr brauchbare Betrachtungsweise befindet sich in der Schrift von *Dresel*[2]), wo die Leute, um die sich die Trinkerfürsorge bemühte, in 4 Gruppen geteilt werden, geordnet nicht nur nach Abstinenten, Mäßigen und Rückfälligen, sondern auch hauptsächlich nach dem Gesichtspunkt der wiedererlangten sozialen Tüchtigkeit.

---

[1]) Immerhin konnte ermittelt werden, daß aus den Jahrgängen vor 1912 noch heute 53 Abstinenten leben.

[2]) *Dresel:* Die Ursachen der Trunksucht und ihre Bekämpfung durch die Trinkerfürsorge in Heidelberg.

Ausgehend von *Dresel* werden wir also die ehemaligen Insassen wie folgt einteilen:

Gruppe A: dauernd abstinent Gebliebene (meist Abstinenzvereinsmitglieder) = Geheilte.

Gruppe B: vereinzelte Rückfälle, doch sozial wieder durchaus leistungsfähig, eigene Einsicht vorhanden = Gebesserte.

Gruppe C: zeitweise kein Mißbrauch, halten sich einigermaßen »über Wasser« im Leben = vorübergehend Beeinflußte.

Gruppe D: entzogen sich dem Einfluß der Kur vollständig, vor und nach der Kur gleiche Situation = Unbeeinflußte.

Von den 354, die eine reguläre Kur in Ellikon hinter sich haben[3]), gehören demnach zur

Gruppe A =	108 =	30,5%	38,1% = 135 = praktisch Geheilte
Gruppe B =	27 =	7,6%	
Gruppe C =	54 =	15,3%	47,2%
Gruppe D =	114 =	31,9%	

Unabgeklärt blieben 51 Fälle = 14,7%.

(Von der Gesamtzahl der 586 Eingetretenen gehören zu den Gruppen A + B heute 146 Männer = 25% der Gesamteintritte. 11 ehemalige Insassen (Differenz von 135) sind also ohne vollendete Kur geheilt oder gebessert worden).

Es mag wenig erscheinen, daß bloß 30% derjenigen, die dem Einfluß der Heilstätte ein Jahr lang unterworfen waren, vom Alkoholismus gänzlich befreit werden konnten, und daß bloß 38% mit größerem Erfolge beeinflußt worden sind[4]); vielleicht regen sich sogar Zweifel über die Richtigkeit der Methode, wie sie in Ellikon geübt wird. Da zudem die Insassen der Heilstätte nicht ein beliebiger Durchschnitt von Trinkern sind, sondern eine ärztlich empfohlene Auslese, von der sich die Anstaltsleitung von vorneherein einen Einfluß der Kur verspricht, und da von den unabgeklärten Fällen kaum eine geringe Besserung des Re-

---

[3]) Von den 354 sind heute 49 gestorben, was in der Beurteilung des Resultates nicht berücksichtigt wurde. 11 davon gehören zu den 51 unabgeklärten Fällen, bei denen sich auch 7 Ausländer aus der Vorkriegszeit befinden. Über diese konnte nichts mehr in Erfahrung gebracht werden. Die unabgeklärten Fälle dürften das Resultat schwerlich verbessern, da die Anstalt Ellikon mit fast allen Geheilten rege dauernde Beziehungen unterhält.

[4]) Nach *Wlassak*, Grundriß der Alkoholfrage S. 195, weist z. B. die Trinkerheilstätte »am Steinhof« in Wien, die der Irrenanstalt angegliedert ist, ungefähr ein Drittel Heilungen, d. h. länger beobachtete Fälle, die sich abstinent verhielten, auf.

sultates zu erwarten wäre, verstärken sich die Zweifel vielleicht noch. Tatsächlich konnte die Anstalt nicht immer unter optimalen Bedingungen arbeiten wegen der Kriegsjahre [5]) und wegen des zweimaligen Leitungswechsels, der sich in dieser Zeit vollzogen hat; es darf erwartet werden, daß das Resultat der nächsten 15 Jahre besser sein wird. Man darf außerdem mit Recht darauf hinweisen, daß 38% = 135 Leute immerhin eine sehr große Zahl bedeuten und daß der Segen, der durch diese geheilten Trinker von der Anstalt ausgeht, in mancherlei Hinsicht (Rassehygiene, Sanierung der zerrütteten Familienverhältnisse, finanzieller Gewinn) die Mißerfolge mehr als nur kompensiert.

Die Bedeutung des prozentualen Erfolges, das heißt die Bedeutung einer zahlenmäßigen Bilanz darf eben nicht überschätzt werden. Nur eine eingehende, psychologisch eingestellte Untersuchung der einzelnen Fälle mit Berücksichtigung all der Faktoren, die zum Alkoholismus geführt haben, und die richtige Würdigung des Weges, der bis zur Erreichung des Zieles, d. h. der Heilung, zurückgelegt werden mußte, läßt ermessen, was für eine schöne und erfolgreiche Arbeit in Ellikon geleistet worden ist. Wir werden im zweiten Teil der Arbeit sehen, daß es in Anbetracht der Schwierigkeiten, die der Heilung jedes Alkoholikers im Wege liegen, eher erstaunlich ist, daß überhaupt so viel erreicht wurde. Erst dann wird man auch ermessen können, warum im Grunde die Methode Ellikon bedeutend leistungsfähiger sein muß als andere Trinkerfürsorgemaßnahmen [6]).

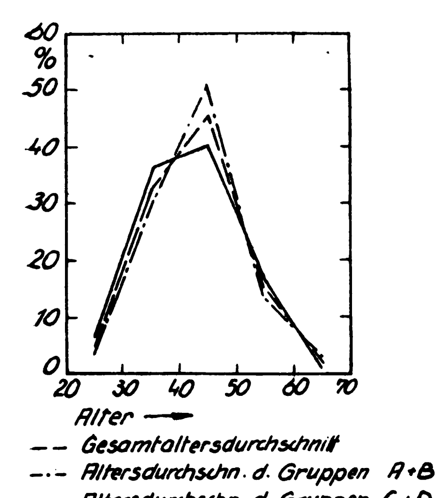
Dem Etat der Anstalt, der durch die Verwaltung geführt wird, ist folgendes, statistisch Wertvolles zu entnehmen:

Das Alter der 303 Fälle (von den 354, die eine reguläre Kur hinter sich haben, werden die 51, deren weiteres Verhalten nicht in Erfahrung gebracht werden konnte, von nun an nicht mehr aufgeführt) verteilt sich folgendermaßen:

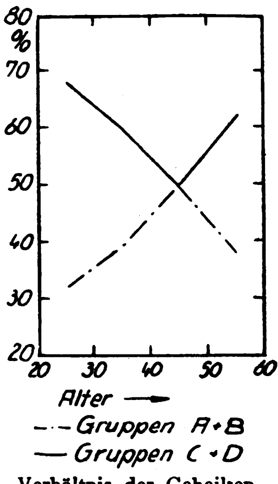
	20—30 J.	30—40 J.	40—50 J.	50—60 J.	über 60 J.
Anzahl der Fälle:	19	99	137	44	4
in %	6,2%	32,7%	45,2%	14,5%	1,3%
Davon zu den Gruppen					
A + B gehörig:	31,6%	40,4%	50%	39%	
Gruppe C + D:	68,4%	59,6%	50%	61%	

[5]) Die Angabe, daß aus den Jahren 1914—1918 bloß 25 praktisch Geheilte (Gruppe A + B) aus Ellikon hervorgegangen sind, also 5 pro Jahr im Gegensatz zu 9 als Durchschnitt aller 15 Jahre, mag diese Tatsache illustrieren. Es mußten damals aus hier nicht zu erörternden Gründen viele von vornherein ungünstig bewertete Fälle aufgenommen werden.

[6]) Näheres über die Methode Ellikon wird im 2. Teil an Hand der Kasuistik ausgeführt.



Altersdurchschnitt in %, total, Gruppen (A + B) u. Gruppen (C + D).



Verhältnis der Geheilten (A + B) zu den Ungeheilten (C+D) in den verschiedenen Altersstufen.

Die meisten Aufnahmen liegen zwischen 30 und 40 Jahren (32,7%) und zwischen 40—50 Jahren (45,2%), wobei sich die Tatsache ergibt, daß Aufgenommene im Alter von 40—50 Jahren die relativ beste Prognose aufweisen [7]) (50% der Heilungen).

Das dürfte damit erklärt werden, daß ein in diesen Jahren entstandener Alkoholismus eher durch Umweltfaktoren bedingt ist als durch innere Charakteranlage, deshalb auch der Therapie besser zugänglich. Die Behandlung von früher entstandenem Alkoholismus erscheint in den Jahren zwischen 40 und 50 auch deshalb aussichtsreich, weil in diesem Alter eine Abnahme des Trieblebens bei allgemeiner Festigung des Charakters, Solidierung des Familienlebens und der gesellschaftlichen Stellung eingetreten ist.

Daß ein in den zwanziger Jahren entstandener Alkoholismus, sowie Alkoholismus jenseits des 50. Jahres weniger Aussicht auf Heilung bietet, deckt sich auch mit *Wlassak*, 2. Auflage, Seite 186.

B e r u f l i c h gehören die Fälle fast durchwegs dem Bauern-, Handwerks-, Gewerbe- und niedern Beamtenstande an; fast alles sind unselbständig Erwerbende. Sehr viele sind naturgemäß

---

[7]) Diese Angabe deckt sich ungefähr mit *Wlassak*: Grundriß der Alkoholfrage, Seite 186.

armengenössig; insbesondere muß für die Kosten der Jahreskur meist ein Beitrag von der Behörde geleistet werden.

Von den 303 Fällen sind 48 beruflich gefährdet: Gelegenheitsarbeiter, Dienstmänner, Fuhrmänner, Wirte, Reisende, Köche, Chauffeure.

	A	B	C	D
Von den 48 Gefährdeten gehören zur Gruppe:	35,4%	6,3%	12,5%	45,8%
Von den übrigen Berufskategorien (255 Fälle):	35,5%	9,4%	18,8%	36,0%

Obwohl die meisten beruflich Gefährdeten später wieder den gleichen Beruf im gleichen Milieu ausübten, weisen sie doch denselben Prozentsatz Geheilte auf wie die nicht Gefährdeten. Da ist eine Bestätigung des Satzes, auf den die Leitung der Elliker Heilstätte großes Gewicht legt, daß es nämlich für denjenigen, der den Sinn einer Kur vollständig erfaßt hat, gleichgültig ist, in was für Umstände er später wieder hineinkomme, günstige oder ungünstige [8]). Nur die kleinen Mittelgruppen B und C weisen bei den Gefährdeten einen Rückstand von zusammen ein Drittel gegenüber den nicht Gefährdeten auf, da an der exponierten Stelle der gefährdeten Berufe Halbheiten weniger gut möglich sind als an nicht exponierten oder gar geschützten Orten.

Nach dem Zivilstand verteilen sich die 303 Fälle folgendermaßen:

	ledig	verheiratet	geschieden	verwitwet
	65	208	22	8
Davon zu den Gruppen				
A + B:	39,5%	45,5%	45,5%	
C + D:	60,5%	54,5%	54,5%	

Die Verheirateten schneiden also etwas besser ab, aber kaum merklich; die Geschiedenen unterscheiden sich nicht von den Verheirateten. Der Zivilstand gibt uns also keine Aufschlüsse über die Prognose.

Der Konfession nach zählen entsprechend dem protestantischen Geiste der Anstalt von 303 Fällen 274 = 90% zu den Protestanten, 27 sind Katholiken und 2 gehören anderen Konfessionen an. Ein Unterschied im Heilungserfolg ist nicht festzustellen; bei den Protestanten und Katholiken gehören 44% zu den Gruppen A + B.

---

[8]) Nach *Wlassak*, Seite 186, sind Leute aus gefährdeten Berufen allerdings aussichtslos, wenn sie den Beruf nicht ändern können. Das steht im Gegensatz zu den Erfahrungen von Ellikon, wo doch die meisten beruflich gefährdeten Leute später wieder direkt ins gleiche Milieu hineinkommen.

Soviel konnte statistisch dem Etat der Anstalt entnommen werden. Der Rubrik, in der die Anstaltsärzte die psychiatrische Diagnose der Insassen eintragen, entnehmen wir folgendes:

Von den 303 Fällen wurden bei 248 chronischer Alkoholismus und bei 55 einfache Trunksucht diagnostiziert; davon gehören annähernd gleichviel zu den Gruppen A und B (45% der chronischen Alkoholiker, 40% der Trunksüchtigen).

52 von den 303 wurden als Psychopathen bezeichnet, überdies davon gesondert 28 als haltlos oder moralisch defekt. Von den 52 Psychopathen gehören 40%, von den Haltlosen 43%, zu den praktisch Geheilten. (A + B).

35 sind debil; davon wurden nur 9 = 26% geheilt.

22 machten ein Delirium tremens durch, etliche davon auch zwei. Davon zählen heute 13 = 59% zu den ersten beiden Gruppen.

Vereinzelte Fälle anderer Psychosen verteilen sich wie folgt:

		A+B	C+D
Pathologische Räusche	2	1	1
Alkoholischer Korsakow	5	1	4
Alk. und genuine Epilepsie	7	3	4
Dipsomanie	2	1	1
Schizophrenie	5	1	4
Manisch-depress. Irresein	1	—	1
Lues cerebri	1	—	1

Die ärztliche Diagnostik vermag also über den vermutlichen Kurerfolg sehr wenig Aufschluß zu geben. Debilität setzt die Heilungsaussichten offenbar einigermaßen herab, ein überstandenes Delir hingegen scheint einen die Heilung begünstigenden Einfluß zu haben, offenbar wegen der starken psychischen Wirkung, die es zu hinterlassen pflegt, wobei natürlich von Wichtigkeit ist, wieweit vom behandelnden Arzt diese Wirkung ausgenützt werden kann.

Außer diesen kurzen Diagnosen der Anstaltsärzte besteht über jeden Insassen ein ärztliches Zeugnis, das nach vorgedrucktem Schema über Heredität und andere prädisponierende Ursachen des Alkoholismus Aufschluß geben soll: Geselligkeit, Intelligenz, Gemütsart, Moralität, Wille, Religiosität, Sexualleben, Arbeitsfreude, ökonomische Verhältnisse, Eheleben, ferner über Dauer der Trunksucht, über die genossenen Quantitäten und Qualitäten Alkohol, über Krankheitseinsicht und Besserungswillen, über den körperlichen Gesundheitszustand usw. Doch diese ärztlichen Zeugnisse sind im allgemeinen viel zu ungleich und ungenau ausgefüllt, als daß sie statistisch verwertet werden könnten. Nur über einen einzigen Punkt lassen sich einiger-

maßen zuverlässige Angaben entnehmen, der allerdings wichtig genug ist, nämlich über die Hereditätsverhältnisse:

Von den 303 Fällen mit regulärer Kur sind 114 erblich mit Alkoholismus belastet. Meist sind entweder Vater oder Mutter, seltener beide Eltern oder nur die Großeltern oder die Geschwister der Eltern allein Trinker gewesen. Was die Heilung dieser Belastung anbelangt, so sind von den 114 44 oder 38,5% praktisch geheilt, d. h. den Gruppen A und B zugehörig. Über 189 Fälle von den 303 finden sich keine Angaben über Belastung; von diesen sind 91 oder 48% den Gruppen A + B zugehörig. Ob alle diese Fälle erblich nicht belastet sind, ist freilich ungewiß, da die Genauigkeit, mit der die ärztlichen Zeugnisse ausgefüllt wurden, eine ungenügende ist. Auf jeden Fall ist der Unterschied im Heilungsprozentsatz von Belasteten und Unbelasteten so gering, daß man sagen kann, erbliche Belastung mit Alkoholismus präjudiziere nichts für die Heilung.

Für den Arzt[9]) wie für den Laien, der sich mit Alkoholikern beschäftigt, bleibt es oft rätselhaft, wieso ein Trinker, der mit der besten Prognose in die Kur ging, total rückfällig wurde, und noch viel mehr das Umgekehrte, wieso nämlich ein Trinker, dem man jede Hoffnung auf Heilung abzusprechen müssen glaubte, nachher absolut und dauernd abstinent blieb.

Wenn man nach dem Gesichtspunkte der charakterologischen Veranlagung eine Prognose für Trinkerkuren zu stellen sucht, so sind nach *Wlassak* folgende Fälle ungünstig zu bewerten:

1. Junge Trinker, besonders solche mit Zeichen von Infantilismus, die schon in den zwanziger Jahren trunksüchtig wurden.
2. Infantile Alkoholiker höhern Alters.
3. Alkoholiker jenseits des 55. Lebensjahres.
4. Einsam trinkende Alkoholiker-Autisten.
5. Schizoide Alkoholiker.
6. Leute mit organischen Hirnveränderungen.
7. Trinker mit zerrütteten häuslichen Verhältnissen.
8. Geschiedene und andere, die nach der Entlassung ohne seelischen Rückhalt bleiben.
9. Alkoholgewerbler, die im Berufe bleiben.

Man kann wohl nicht behaupten, daß mit diesem Schema eine einigermaßen sichere Handhabung für die Ausscheidung aller ungünstigen Fälle gegeben sei. Es gelingt auf keine Weise, durch eine Einteilung nach psychologisch definierbaren Eigenschaften, eine Verminderung der Mißerfolge von Trinkerkuren

---

[9]) Siehe *Wlassak,* Grundriß der Alkoholfrage, Seite 185—186.

zu erzielen. Noch weniger leicht sind die prognostisch günstigen Fälle charakterologisch zu definieren. *Wlassak* sagt darüber Seite 186: »Welche Charaktereigenschaften, oder wie man hier besser sagt, welche Veranlagung, die nicht psychologisch gefaßt zu werden braucht, dazu gehört, um die Erziehung zur Abstinenz festzuhalten, vermögen wir bis jetzt nicht zu sagen«.

In diesem Zusammenhang spielt natürlich die Veranlagung zum chronischen Alkoholismus eine große Rolle. Nach *Bleuler*, Lehrbuch der Psychiatrie, IV. Auflage, Seite 240, u. *Wlassak*, Seite 101 ff. ist diese Anlage nichts Einheitliches. Eine große Anzahl der Trinker sind Schizophrene und Schizoide, dabei besonders die sogenannten Autisten und die paranoid Eingestellten, dann auch, wenn auch viel seltener, Zyklothyme. Unter den als Psychopathen Bezeichneten sind es außerdem noch die Haltlosen, rasch Erregbare, sofort sich Ärgernde, dann Epileptoide und Epileptiker, Leute mit Zeichen von Infantilismus, an »traumatischer Neurose« Erkrankte usw. Aber auch geistig Gesunde, z. B. fröhliche Gesellschaftsmenschen fallen dem Alkoholismus zum Opfer. So findet sich Trunksucht bei Charakteranlagen verschiedenster Art. Da auch nach *Wlassak* eine psychologische Deutung der Trinkeranlage (z. B. im Sinne einer Komplexkrankheit) unzulässig ist, so kann man nach seiner Meinung nur zum Schlusse kommen, »daß es eine vorläufig noch unbekannte physiologische Bedingung ist, die die Erscheinungen des Nichtaufhörenkönnens (was das eigentliche Kennzeichen des Trinkers ist) in letzter Linie auslöst«. (Seite 109).

Da uns also der Versuch der Definierung von prognostisch günstigen oder ungünstigen Charaktereigenschaften nicht das erwünschte Resultat erbringt, haben wir im zweiten Teil dieser Arbeit den Hauptwert darauf gelegt, in erster Linie die entscheidenden Heilfaktoren zu erfassen, die zur dauernden Heilung von Trinkern geführt haben.

An Hand von 30 geheilten Fällen wurde versucht, diese Faktoren klarzulegen. Es wurde dabei so vorgegangen, daß wir nach Einsichtnahme der Akten jedes einzelnen Falles (hauptsächlich ärztliche Zeugnisse) die in und bei Zürich wohnenden ehemaligen Pfleglinge von Ellikon in ihren Wohnungen aufsuchten und uns mit ihnen über ihre Vergangenheit, ihren Trinkerwerdegang, ihre Heilstättenkur und ihre Erfahrungen nach der Kur auseinandersetzten.

Es ist natürlich klar, daß dies nur ein kleiner Beitrag zu dem ungeheuren Gebiete der Trinkerpsychologie und Trinkerfürsorge sein kann, die ja schließlich nur demjenigen voll vertraut ist, der sich mit seiner ganzen Lebensarbeit für die Alkoholfrage einsetzt.

II.

Fall 1. 48 j. Reisender.

Erblich nicht belastet, Schon mit 18 Jahren kam er als gesellige Natur durch intensives Vereinsleben ins Trinken hinein. Als Reisender ging es ihm anfänglich gut, versuchte eigenes Geschäft zu gründen, wurde Grossist, trank aber immer unmäßiger, hatte auch eine erste trunksüchtige Frau. Finanzielle Schwierigkeiten — Konkurs. Jetzt führte er ein untergeordnetes Leben, erst als Wirt (jeden Tag berauscht!), dann als Gelegenheitsarbeiter. 2. Ehe, die ohne Alkohol glücklich gewesen wäre, Versuche mit Blaukreuzverein, rückfällig. Waisenbehörde brachte ihn zwangsmäßig nach Ellikon, wo er sich sehr leicht einlebte. Seit $1^1/_2$ Jahren hält er sich absolut, Familienleben geordnet trotz äußerer Schwierigkeiten.

Typisch syntoner Charakter, behäbiges, etwas »fleischliches« Aussehen, eingenommen von sich selbst. Affektiver Rapport sehr leicht herzustellen, hypomanisches Temperament, das ihn Zeit seines Lebens über alle Schwierigkeiten hinwegtäuschte. Da kaufmännisch begabt, hätte er bei mehr Willensstärke sozial steigen können. Ins Trinken hineingekommen als egoistisch-geselliger Lebemann in ungeeignetem Milieu. Geheilt ist er aus der Einsicht heraus, daß es ihm und seiner Familie nur gut geht bei völliger Abstinenz, er weiß, daß er nicht mäßig bleiben kann. Besucht mit Stolz die Versammlungen des Vereins ehemaliger Elliker — Sobrietas —, bleibt Ellikon sehr anhänglich, was nötig ist, da seine Willensschwäche fortbesteht. Ob er dauernd halten wird, bleibt abzuwarten, allzutief sitzt bei ihm die Abstinenz noch nicht.

Fall 2. 45 j. Chauffeur.

Erblich nicht belastet, geordnete Jugend. Schlosserlehre, dann Chauffeur beim Militär. (2000 Diensttage während der Grenzbesetzung!). Dort habe er das Trinken gelernt in roher Gesellschaft. Während der Dienstzeit Scheidung von untreuer Frau, nachher Chauffeur in einer Bierbrauerei, wo er noch viel mehr trank, bis sich ein Augenleiden einstellte. (Sehnervenatrophie.) Der Augenarzt bewog ihn, nach Ellikon zu gehen 1921. Dort war er ruhig, einsichtig. Hält sich seit 8 Jahren gut, nach seinen Angaben absolut, es sollen aber kleinere Rückfälle vorgekommen sein. 1926 zweite Heirat.

Ruhiger, nicht gerade feinfühliger, auch nicht ganz offener Charakter, der hauptsächlich durch besondere äußere Umstände ins Trinken hineingekommen ist. Die ernste Augenerkrankung machte dem nicht uneinsichtigen Manne großen Eindruck; daneben sah er, nachdem er in Ellikon ganz aus der Alkoholatmosphäre herausgekommen war, daß es ihm ganz allgemein viel wohler sei ohne Alkohol. Stellte sich so durch eigene Einsicht wieder ins richtige Geleise. Für die Beeinflussung in Ellikon, auch die religiöser Art, zeigte er sich wenig empfänglich, auch das spätere Vereinsleben im Abstinenzverein sagt ihm wenig. Prognose für die Zukunft nicht absolut günstig, aber immerhin, in anbetracht der ruhigen Vernunft des Mannes, recht gut.

Fall 3. 52 j. Postangestellter.

Vater war Trinker, der Sohn wurde in einer Anstalt erzogen. Schlosserlehre, später Postangestellter. Sehr unglückliche erste Ehe mit untreuer Frau, unvorteilhafte Scheidung, schwere Verpflichtungen wegen der Kinder. Begann so in den Ärger hinein zu trinken trotz geordneter

2. Ehe. Die Postverwaltung stellte ihm ein Ultimatum; so mußte er nach Ellikon 1922. Dort verhielt er sich sehr ruhig, trotzdem es ihm nicht sehr zusagte, seither ist er vollkommen Abstinent.

Finsterer, zu Jähzorn neigender Charakter, ursprünglich wohl für geordnete Lebensführung veranlagt. Ziemlich intelligent, was wohl bei seiner Heilung den Ausschlag gegeben hat. Nachdem seine Eheverhältnisse endlich geordnete waren, vermochte die vorhandene Vernunft zu gewinnen, hätte er wieder Pech gehabt mit der Ehe, so wäre er sicher wieder rückfällig geworden. Er behält sich auch vor, sobald es ihm paßt, die Abstinenz zu brechen, was er aber nicht tun wird, da er genau weiß, daß ihm Gefahr droht. Ist ungesellig geworden, sitzt in seiner gutgepflegten Wohnung, glaubt etwas verärgert, man könne keine Geselligkeit mehr pflegen, wenn man Abstinent sein wolle. Religiöse Momente spielen auch eine gewisse Rolle, aber er ist in dieser Richtung nicht beeinflußbar, hat auch an der Mitgliedschaft in der Sobrietas keinen großen Halt. Trotzdem ist die Prognose als gut zu bezeichnen.

Fall 4. 51 j. Spengler.

Vater war Schnapstrinker, hatte Stiefmutter, deshalb schlimme Jugendverhältnisse. Aus einer Weingegend stammend, hatte er als Knabe schon oft Gelegenheit, dem Weine zuzusprechen. — Spenglerlehre, Wanderzeit, 5 Jahre in München, wo er alles Geld im Trinken anlegte, mehr auf periodische Art mit freien Intervallen. Erste Heirat mit unordentlicher Frau, viele Zerwürfnisse. Wurde bevormundet, Blaukreuzmitglied, Rückfall wegen persönlicher Differenzen, Lebensüberdruß. Da habe ihm eine innere Stimme befehlend gesagt: auf nach Ellikon!, worauf er sich freiwillig der Trinkerfürsorge stellte und 1923 nach Ellikon kam. Seit 5 Jahren absolut abstinent trotz schwieriger Ehe, hat sich als Spengler selbständig gemacht.

Ursprünglich richtiger Wirtshausbruder, Jasser, zu Jähzorn neigend, sehr impulsiv, auch energisch, kam durch Trinken in einen eigentlichen Lebensüberdruß hinein. Hatte »1 Jahr Ellikon nötig, um einen vom Alkohol befreiten Kopf zu bekommen«, seither hat er sich vollständig in der Hand trotz sehr schwierigen Verhältnissen. Religiös ist er gar nicht, das sei für die Kinder! Treues Mitglied eines freien abstinenten Arbeiterbundes, auch gutes Sobrietasmitglied. Prognose gut, nachdem er sich in 5 schwierigen Jahren bewährt hat.

Fall 5. 53 j. städt. Vorarbeiter.

Erblich nicht belastet, Jugendverhältnisse günstig, guter Schüler, Lehre als Seifensieder, dann Metzger, oft Berufs- und Stellenwechsel, reiste während 8 Jahren in ganz Europa herum, unternehmungslustig, energisch. Körperlich sehr kräftig, etwas selbstbewußt. Ehe soweit harmonisch, aber oft Streit wegen Alkohol. Viel Militärdienst von 1914 an. Richtig ins Trinken kam er von 1917—1921, trank massenhaft Schnaps bei der Arbeit, fühlte sich elend. 1921 delirium tremens — Burghölzli, was ihm einen heftigen Schrecken einjagte. Via Burghölzli nach Ellikon, dort sehr tüchtig, arbeitsam. Seit 7 Jahren abstinent, Vorarbeiter bei der Stadt, tüchtiger, brauchbarer Mensch.

Einsichtiger, willensstarker Mann, syntones, heiteres Gemüt, aktive Lebenseinstellung. Hätte sich trotzdem nicht allein herausreißen können, hatte das Ellikermilieu nötig, um nüchtern zu werden. Meint zwar, man müsse nur wollen, dann ginge es, der Fehler der andern sei es, daß sie

nicht wollen. Religiöse Beeinflussung lehnt er ab, obwohl er im Stillen dem Glauben anhängt. Schätzt die Sobrietas sehr wegen der Kameradschaft.

Fall 6. 60j. Sattlermeister.

Günstige Jugend in nicht alkoholisierten Kreisen und geordneten Verhältnissen. Sattlerlehre, Wanderzeit, schon mit 22 Jahren selbständiger Meister. Das war sein Verderben; da er schon als Geselle zutraulich und fröhlich gewesen sei, habe er damals schon viel zu trinken erhalten. Was man ihm als Meister vorsetzte, wagte er aus Geschäftsrücksichten noch weniger abzulehnen, da er auf seinen Arbeitsplätzen sehr viel vorgesetzt erhielt. Allmählich gewöhnte er sich daran, trank abends im Wirtshaus noch dazu, kam geschäftlich zurück, wurde unselbständig, dann armengenössig. Unglückliche Eheverhältnisse. 1908 ging er freiwillig nach Ellikon. Seit 20 Jahren abstinent, ist wieder selbständig geworden, heiratete ein zweites Mal, hat schöne Wohnung, absolut geordnete Existenz.

Heitere, beschauliche Natur mit Sparsamkeits- und Soliditätsbedürfnis, durch Milieufaktoren ins Trinken gekommen. Nicht religiös. Durch verstandesmäßige Beeinflussung und angeborenen gesunden Menschenverstand lernte er dem Alkoholanbieten, das ihm so verhängnisvoll geworden war, mit Hilfe der suggestiven Kraft, die von Ellikon ausgeht und dem treuen Mithalten in der Sobrietas, erfolgreich widerstehen.

Fall 7. 75j. Schuhmacher }
Fall 8. 47j. Zimmermann } bieten nichts wesentlich Neues.

Diese erste Gruppe zeigt diejenigen Fälle, die am einfachsten, geradlinigsten zum Ziele geführt haben: die Leute werden, da es »draußen« allmählich nicht mehr geht und sie sich nicht aus eigener Kraft herausreißen können, mehr oder weniger gewaltsam nach Ellikon verbracht. Dort kommen sie aus der Alkoholatmosphäre allmählich heraus, sie sehen wieder klar, es wird ihnen körperlich wohler, ihre ursprüngliche solide Lebensgrundlage und ein gewisser Intellekt als unentbehrliche Faktoren (oft verbunden mit einer gesunden Dosis Egoismus) machen sich mächtig geltend und vermögen der Krankheit Alkoholismus im Verlaufe des Elliker Jahres das nötige Gegengewicht zu schaffen. Hilfsfaktoren sind die eindringliche Belehrung, die sie dort empfangen, dann der spätere enge Zusammenhang im Abstinentenverein. Wichtig ist, daß sie in Ellikon nicht aufdringlich bearbeitet werden, daß ihnen die persönliche Freiheit des Handelns gelassen wird, sonst werden sie leicht kopfscheu. Für religiöse Beeinflussung sind sie ziemlich indifferent. Ihr Charakter ist im allgemeinen wenig kompliziert, die Lebensauffassung nüchtern-ruhig, unleidenschaftlich. Ellikon gibt ihnen die Möglichkeit, zur Selbstbesinnung zu kommen und wieder zu brauchbaren Gliedern der Gesellschaft zu werden, als die sie ursprünglich veranlagt sind. Es sind dankbare Fälle, die relativ wenig Mühe bereiten.

Bei einer nächsten Gruppe spielen die gleichen Faktoren eine wichtige Rolle: ein gewisser Intellekt verbunden mit der

Anlage zu geordnetem Leben. Dabei aber wirkt noch eine andere mächtige Triebfeder mit, ein ausgesprochenes soziales Verantwortungsgefühl, das in Ellikon wach wurde. Wo solches Verantwortungsgefühl gegenüber sich selbst und der Familie nur in Spuren vorhanden ist, läßt es sich in stärkster Weise zur Erreichung der völligen Abstinenz ausnützen.

Fall 9. 46 j. Bahnarbeiter.

Mutter war Trinkerin, trotzdem sollen die Jugendverhältnisse recht gewesen sein. Erst als Bauhandlanger tätig, kam dann zur Bahn. Trank schon früh gerne, doch nicht sehr viel. Seine Frau vernachlässigte den Haushalt, er kam dann aus einer negativistischen Einstellung heraus ganz übel ins Schnapstrinken hinein. Aber er litt schwer unter dem Zustand, als Mann und Vater an Autorität eingebüßt zu haben, daß er nicht mehr leistungsfähig war und bei der Bahn kein Ansehen mehr genoß. Nachdem viele Blaukreuzversuche fehlgeschlagen hatten, gelang es endlich, ihn zu bewegen, nach Ellikon zu gehen. Dort litt er schwer unter Reuegefühlen über das, was er als Vater und Arbeiter bis jetzt versäumt habe. Er war sehr beeinflußbar und dankbar, auch für die Anstaltsandachten sehr empfänglich, während er vorher gar nicht religiös war. Seit zwei Jahren ist er ein völlig anderer Mensch, er habe daheim, im Beruf ein ganz anderes Ansehen, seine Söhne bringen ihm Vertrauen entgegen. Das Leben sei ganz anders, er möchte nicht mit Millionären tauschen. — Fall, bei dem die Verhältnisse von Anfang sehr günstig lagen, Prognose als sehr gut zu bezeichnen.

Fall 10. 50 j. Textilfabrikant.

Eltern tranken beide. Mit 9 Jahren Enzephalitis (?), die ihn schwer schädigte und ihn von weiterem Schulbesuch fernhielt. Doch er holte Bildung später selbst nach, ist überhaupt sehr intelligent. Unternehmender Geist, trieb alles mögliche, landete schließlich in der Textilindustrie, Trinken sei ihm von jeher eine Leidenschaft gewesen, obwohl er sich verzweifelt dagegen gewehrt habe. Er habe selbst gewaltsam eine Milieuänderung gewünscht, sogar Zuchthaus hätte ihn geheilt, meint er. Ein tüchtiger Prinzipal beriet ihn, nach Ellikon zu gehen, dort hätte er den Weg auch ohne weiteres gefunden. Seit 7 Jahren vollständig abstinent, sozial sehr gestiegen seither.

Fühlt sich sehr verpflichtet, für die Abstinenz zu arbeiten, hat sich vieler früherer Elliker Insassen hilfreich angenommen, hilft im Blaukreuz mit, nur um andere zu stützen. Große Schaffenskraft, hat Familie mit 7 Kindern zu ernähren, eigenes Geschäft mit mehreren Angestellten. Aus dem Verantwortungsgefühl heraus, andern helfen zu müssen, gelingt es ihm, den Erbfaktor, der ihn zum Trinken verleitete, dauernd im Schach zu halten. Das Elliker Milieu war ihm nötig, um zur Selbstbesinnung zu gelangen, besondere Beeinflussung und Belehrung hat er nicht benötigt.

Fall 11. 49 j. Buchdrucker.

Vater selbständiger Buchdrucker, günstige Jugendverhältnisse, aber der Wein auf dem täglichen Mittagstisch wurde ihm als Knabe schon zum Verhängnis. Mechaniker- und Buchdruckerlehre, 3 Jahre Amerika. Dort war er sehr gesellig, trank Whisky, wobei er immer der Schwächste und Betrunkenste gewesen sei. Daheim übernahm er das väterliche Geschäft, er

heiratete sehr vernünftige Frau, es ging vorderhand gut. Krieg brachte Arbeitslosigkeit, Trunk. 1916 kam er durch die Vermittlung seiner Frau ins Burghölzli, von wo er nach Ellikon zu gehen sich bewegen ließ. Er kam zur Abstinenz, erlitt jedoch 1919—1921 einen schweren Rückfall. Nun aber plötzlich spontaner Entschluß, abstinent zu bleiben, was er bis heute gehalten hat.

Tüchtiger Mann mit sozialem Verständnis, allerdings recht willensschwach. Hat nur mit Rücksicht auf seine Familie aufgehört zu trinken, als Junggeselle würde ihm das nie gelungen sein. Die Frau verhielt sich sehr geschickt, sie reizte ihn nie mit Vorwürfen und sorgte sich doch sehr um ihn. Prognose jetzt unbedingt als gut zu bezeichnen.

Fall 12. 60j. Hafner.

Vater schwerer Trinker, Sohn machte als Hafner Lehre bei ihm. Der gefährdete Beruf (Saisonarbeit) und Geselligkeit machten ihn zum Alkoholiker, an dem auch günstige Eheverhältnisse nichts zu ändern vermochten. Sehr empfindsamer, alles schwer nehmender Typ, auf Ungerechtigkeiten, schlechte Behandlung, Überheblichkeit, Frömmelei sehr empfindlich. Die Armenbehörde brachte ihn gewaltsam nach Ellikon, was ihn schwer verletzte und den Wert der Kur von vorneherein annullierte. 1904. Wurde denn auch bald rückfällig, allerdings mit großen abstinenten Intervallen; aus eigener Einsicht ist er seit 1921 vollständig abstinent geblieben, will sich aber nicht kontrolliert wissen. Betont sehr das Selbständigsein, die eigene Einsicht. Hätte man ihn mit guten Worten anstatt mit Gewalt nach Ellikon bringen können, wobei Polizeibeamte schweres Unheil anrichteten, so wäre der Mann wohl viel früher abstinent geworden, da er soziale Einsicht besitzt und ursprünglich zum tüchtigen Menschen geboren ist. Hat jetzt eigenes Geschäft, sehr geordnete Verhältnisse. Ist aber noch sehr mit Vorsicht anzufassen, sehr verletzlich auf unfeine Behandlung.

Das taktvolle Gewährenlassen, das dem Trinker die Entscheidung über seine Zukunft in Freiheit selbst anheimstellt, ohne indessen Passivität zu sein, sondern scharf beobachtend im richtigen Moment das richtige, ermunternde Wort findet, ist ohne Zweifel für alle vorhergehenden Fälle von großem Werte. Vertrauen erhöht auch den Trinker und appelliert am stärksten an seine sittlichen Gefühle. Ellikon ist in dieser Beziehung vorbildlich.

Für viele Fälle genügt das indessen noch nicht. Für sie bedeutet die aufmerksame, liebevolle Behandlung in einem reibungslos funktionierendem Betrieb, gutes reichliches Essen, genau geordnete Lebensweise, wobei regelmäßige, wenig anstrengende Arbeit mit genau innegehaltenen Erholungspausen wechseln, ein Erlebnis, das zu erfahren sie in ihren harten Verhältnissen noch nie Gelegenheit hatten. Erst sind sie erstaunt, dann schmilzt ihr Widerstand, ihr Negativismus, ihr Trotz allmählich, sie bekommen ein heimatliches Gefühl in Ellikon, so daß sie später immer wieder dorthin zurückkehren. Die affektive Bindung wird so stark, daß sie nicht mehr entgleisen können.

So erweist sich neben dem Appell an den Intellekt und an das soziale Gefühl die Aufnahme in eine Atmosphäre, die ein Gefühl der Heimat schafft, als stärkstes Mittel, einen tiefgesunkenen Trinker zu bessern. In dieser Gruppe sind denn auch die verhältnismäßig schwierigsten Charaktere beisammen, denen man meist keine gute Prognose stellte zu Anfang der Kur.

Vorbedingung für eine solche Behandlung ist natürlich, daß es sich um einen kleinen Betrieb handelt. 40 Insassen, wie sie Ellikon beherbergt, bedeuten schon die obere Grenze des Möglichen. Dabei ist natürlich die Persönlichkeit des Hausvaters von ausschlaggebender Bedeutung; mit ihr steht und fällt die Möglichkeit, eine Methode, wie sie Ellikon übt, überhaupt durchführen zu können.

Fall 13. 62 j. Gelegenheitsarbeiter.

Vater brutaler Trinker, verleitete den Sohn systematisch, Mutter religiös, sehr bekümmert um den Sohn. Dieser zog früh als Schuhmacher in der Welt herum, wurde zu einem typischen Vagabunden, schlief im Freien, bettelte, wurde oft per Schub heimgebracht. Eine erste Frau konnte ihn, bis sie nach 4 Jahren starb, abstinent und seßhaft erhalten. Zweite Frau leichtsinnig, er brannte durch, zog vernachlässigt im Lande herum. 1914 wurde er auf Anlaß seiner Mutter nach Ellikon verbracht. Man hatte dort kein großes Zutrauen zu ihm, aber er erfaßte den Geist der Heilstätte und hielt sich seither vollständig abstinent. Lebt seit 1916 mit dritter Frau in schmutzigen Verhältnissen, hat zwei debile Kinder.

Ellikon hat hier einem völlig verwahrlosten Menschen das Gefühl der Heimat geben können, so daß er, wenn auch immer noch der richtige Landstreicher, wenigstens mit fanatischem Eifer an der Abstinenz hängt, mit deren Hilfe er seine Minderwertigkeitsgefühle kompensiert. Er ist Mitglied der Guttemplerloge, bläst dort seine Trompete, hat einen riesigen Eifer, für die Abstinenzbewegung zu kämpfen. Hängt sehr an Ellikon und der Sobrietas.

Fall 14. 40 j. Magaziner.

Vater Trinker (Wirt), Mutter liebte seine Geschwister mehr als ihn, deshalb fühlte er sich sehr zurückgesetzt und deutlich verbittert. Das erklärt auch z. T. den Alkoholismus, in den er während der Grenzbesetzung noch mehr hineinkam. Seine erste Frau starb von drei Kindern weg, er sank ökonomisch, Streit mit zweiter Frau. Delirium tremens 1927, Burghölzli, von dort nach Ellikon. War dort gerne, zwar immer verschlossen, undurchsichtig. Die Behandlung tat ihm sichtlich wohl. Auf religiöse Beeinflussung scheinbar unempfindlich, doch blieb manches haften. Seine Verbitterung wich, seine ziemlich starke Vernunft und Einsicht brachen sich Bahn. Seit einem Jahr lebt er völlig abstinent und geordnet.

Ziemlich unzugängliche Natur, versteckt, lauernd, nicht suggestibel, nicht unintelligent, aus Verbitterung und Lebensschwierigkeiten ins Trinken gekommen. Nur eine entgegenkommende, vertrauende Behandlung hat den schlimmen Verbitterungskomplex beseitigen können. Hängt innerlich mehr an Ellikon und der Sobrietas, als er zugeben will.

Fall 15. 38j. Commis.

Vater vermögender Bauer, gab seinen Kindern früh Alkohol. Sohn genoß gute Bildung, war aber als Handelsschüler schon oft betrunken in feuchtfröhlichen Kreisen. Da er vom Vater nichts mehr erhielt, sank er rasch, schwache Augen sollen ihn zudem vom Kaufmannsberuf abgehalten haben. Er wurde Gelegenheitsarbeiter, die Armenpflege zahlte viel für ihn im Hinblick auf das Geld seines Vaters. Heirat vermochte nichts zu ändern. Nach einer Wirtschaftsprügelei wurde er in die Zwangsarbeitsanstalt Rossau gebracht. Verbittert durch die dortige Behandlung versank er nachher wieder rasch. In Ellikon hielt man ihn erst für hoffnungslos, doch die menschenfreundliche Behandlung, die an den Rest seines Verantwortungsgefühles appellierte, ließ ihn zur Selbstbesinnung kommen, er wurde empfänglich für religiöse Beeinflussung. Seit 2 Jahren hält er sich absolut, eifriges Vereinsmitglied.

Willensschwache, psychopathisch-haltlose Gestalt, spekulierte beständig auf das Geld seines Vater, vor Ellikon ganz bedenklich tief gesunken. Ellikon vermochte auch diese schwache Gestalt herauszureißen, gefühlsmäßig stark zu binden und verpflichten. Natürlich ist er noch nicht dauernd gesichert, da überdies seine Berufsverhältnisse noch nicht geregelt sind.

Fall 16. 65j. Landwirt.

Eltern vermögende Bauern, keine Trinker. Bis zum Antritt des väterlichen Gutes arbeitete er in einer Fabrik, wo er schon viel trank. Merkwürdiger Psychopath, hatte religiöse Wahnideen, mit denen er seinen Angehörigen aufdringlich wurde, gefolgt von Amnesieen. Reist einmal an den Rhein, um sich in das Wasser zu stürzen, dann will er unter den Zug. Seine religiöse Einstellung bewahrt ihn davor. Die Trinkperioden häufen sich, bis die tüchtige Frau den schon 57jährigen Mann in Ellikon versorgen läßt. Dort fühlt er sich ganz zu Hause, ist sehr gut zu halten. Wie er austritt, bekommt er dermaßen Heimweh, daß er sich in Ellikon ein kleines Gut kauft, um mit seiner Familie seine alten Tage dort verbringen zu können. Vollständig abstinent.

Psychopathischer Sonderling, »Original«, nicht sehr intelligent, erfaßte aber den Abstinenzgedanken nur um so fester. (Schüttete in symbolischer Weise allen eigenen Alkohol aus, wie er von Ellikon heimkehrte). Das Heimatgefühl, das Ellikon zu erwecken versteht, vermochte die treue Seele vollständig zu erfassen.

Fall 17. 36j. Magaziner.

Fall 18. 58j. Modellschreiner.

Bieten keine wesentlich neuen Momente.

Wenn in den vorhergehenden Fällen in erster Linie auf die »Selbststeuerung« abgestellt werden muß — jeder zwangsmäßige Eingriff würde fehlschlagen —, so ist es bei den Debilen anders. Hier handelt es sich darum, die Leute vollständig in die Hand zu bekommen durch suggestive Einflüsse, und zwar in dem Maße, daß sie gar keine Möglichkeit mehr haben, zu entgleisen. Natürlich spielen die suggestiven Faktoren ganz allgemein eine große Rolle; handelt es sich doch darum, gegen die ungeheuer suggestiv wirkenden Trinksitten ein Gegengewicht

zu schaffen. In dieser Beziehung hat ja die gesamte Abstinenzbewegung schon viel geleistet. Ellikon hat es besonders meisterlich verstanden, dieses suggestive Gegengewicht zu schaffen: es kettet fast sämtliche Fälle, die geheilt werden, affektiv sehr stark an die Anstalt. (So wird Ellikon z. B. an hohen Festtagen regelmäßig von einer großen Zahl ehemaliger Insassen aufgesucht.) Der Zusammenhang früherer Insassen wird sehr eifrig gepflegt: jedes Jahr versammelt sich die Sobrietas in Ellikon zu einem Jahresfeste, das in den Erinnerungen der Mitglieder einen großen Nachhall hat. Vierteljährlich finden Sitzungen der einzelnen Sektionen der Sobrietas statt; in der natürlich der Präsident und der ganze Vorstand aus geheilten Ellikern bestehen. Für jeden ist es eine Ehre, als aufrechtes Mitglied beiwohnen zu dürfen; großen Eindruck macht es, wenn einem Mitglied, das 20 Jahre abstinent geblieben ist, die weiße Veteranenrosette verliehen wird, allgemeines Bedauern herrscht, wenn ein Mitglied wegen Rückfall ausgeschlossen werden muß. Eine Monatszeitschrift, der »Freund«, herausgegeben von der Leitung der Elliker Heilstätte, wird jedem Mitgliede zugestellt.

Daß solche Mittel bei »Intellektuellen« nicht viel Nutzen haben würden, ist klar, daß sie jedoch auf den Durchschnitt des Elliker Pfleglings sehr stark wirken müssen, ist ebenso sicher. Die folgenden Fälle zeigen einige typische Beispiele — weil sie debil sind, zeigen sie es um so deutlicher —, die nur dank der Macht des suggestiven Einflusses zu Geheilten geworden sind. Eigene Einsicht, soziales Gefühl oder entgegenkommende Behandlung hätten bei ihnen nicht ausgereicht.

Fall 19. 72 j. Dienstmann.

Vater Trinker. Nach häufigem Stellenwechsel landete er als Dienstmann, als welcher er oft zum Trinken verleitet wurde, das bis zum Delirium tremens führte. Darauf eine Ellikerkur 1896, seither völlig abstinent, geordneter Haushalt. Er ist ein eifriger Vereinsmeier, hängt sehr an der Sobrietas, besucht Blaues Kreuz und war Mitbegründer eines Abstinentenarbeitervereins. Steht so völlig im suggestiven Machtbereich der Abstinenzbewegung, daß er gar nicht darüber hinaussehen kann. Seine Intelligenz ist unter Mittel, sein Interessenkreis sehr eingeschränkt.

Fall 20. 66 j. Bauarbeiter.

Offenbar Trunksucht, auch endogen bedingt, da er, obwohl erblich nicht belastet, schon mit 20 Jahren als Bauarbeiter mörderisch zu trinken begann bis zu seinem 30. Jahr. Typischer Jasser, schlechte Gesellschaft. Blieb ledig, lebt bei seinem Bruder. Jetzt seit 36 Jahren abstinent, obwohl immer noch leidenschaftlicher Jasser. Jetzt deutlich senil, sehr mißtrauisch eingestellt (paranoide Symptome).

Ellikon hat den Mann gründlich erfaßt, so daß er nicht mehr entrinnen konnte. Er ist deutlich debil, bietet sehr wenig Charakteristisches, die Anhänglichkeit an Ellikon leuchtet ihm aus den Augen. Religiös ist er nicht beeinflußbar.

Fall 21. 64j. Dienstmann.

Hatte alte Eltern, mußte als verkommener Junge in einer Anstalt erzogen werden. Trank schon mit 20 Jahren als Schuhmacher, wurde früh Familienvater. Als solcher genoß er wenig Achtung. Man spedierte ihn nach Ellikon, weil er sozial ganz unfähig geworden war. Dort erlag er völlig dem Geist der Anstalt. Eine innere Stimme habe ihm gesagt, daß er nicht mehr trinken dürfe; das verankerte sich in dem wenig meditierenden, debilen Mann, dem die Abstinenz die höchste Errungenschaft seines Lebens bildete. Er schwimmt ganz in der Abstinenzbewegung mit und bringt sich als Dienstmann einigermaßen durchs Leben.

Fall 22. 43j. Schlosser.

Vater Trinker, Sohn trank sein Bier hinter dessen Rücken, mit Mutter in schlechtem Verhältnis. Nach der Schlosserlehre reiste er in großen Städten auf Arbeit, vertrank alles und hatte viel cum feminis zu tun. Nur wenn man ihm half, konnte er sich einigermaßen halten. Ungünstige Heirat (sexuell ziemlich pervers). In einer Katzenjammerstimmung entschloß er sich, nach Ellikon zu gehen. Seit $2^1/_2$ Jahren Abstinent, ein Rückfall im Tessin, wo er durch aufdringliche Arbeitsvorgesetzte verleitet wurde.

Sehr willensschwache, etwas debile Gestalt, die in Ellikon doch stärkere Eindrücke empfangen hat. Seine Aussage, religiös geworden zu sein in Ellikon, scheint mehr angelernt als erlebt zu sein, beweist jedoch die Stärke des suggestiven Einflusses. Das Endresultat ist immer noch sehr fraglich, nur intensive Beschäftigung mit ihm in Abstinenzvereinen dürfte ihn halten.

Ellikon ist eine protestantisch geleitete Anstalt, auf Pflege des Glaubens und religiöse Beeinflussung der Trinker wird größtes Gewicht gelegt. Für den, der von dieser Seite her empfänglich ist, muß Ellikon die stärkste Wirkung haben, da der Kern, von dem die ganze robuste Kraft ausgeht, die im Elliker Werke liegt, eben im Religiösen liegt.

Die folgenden Fälle mögen zeigen, welch starke Wirkungen, ja zum Teil eigentliche Bekehrungen religiöse Beeinflussung gehabt hat. Natürlich sei nicht bestritten, daß auch bei vielen von den übrigen Fällen religiöse Komponenten mitspielen, daß die von der Persönlichkeit des Hausvaters ausgehende religiöse Beeinflussung auch auf nicht Religiöse Eindruck macht. Die Art der Darstellung bringt es eben mit sich, daß etwas gewaltsam in Gruppen getrennt werden muß, wobei es sich nur um die verschiedenen Seiten einer durchaus einheitlichen Beeinflussung handelt.

Fall 24. 40j. Kohlenarbeiter.

Uneheliches Kind, Stiefeltern Wirtsleute. Er trank hinter ihrem Rücken als Knabe schon. Schlosserlehre, lauter, fröhlicher Geselle, Zahltagstrinker. Periodische Verstimmungen, trank tagelang herum, zeigte sexuelle Perversitäten unter Alkoholwirkung. Heirat mit vernünftiger Frau besserte Verhältnisse nicht, bis er durch ihre Hilfe versorgt wurde, nach-

dem er beinahe Selbstmord verübt hätte, von dem ihn ein unsichtbarer Arm im letzten Moment zurückgehalten habe. In Ellikon weich, gutherzig, offenbar durch das Selbstmorderlebnis reif für die Heilung, nachdem lange Jahre Blaukreuzmitgliedschaft vergeblich gewesen waren. In der Neujahrsnacht machte er in Ellikon eine entscheidende, religiöse Wendung, eine eigentliche Bekehrung durch, die sich in der Folge als völliger Zusammenbruch der alten Persönlichkeit und als Beginn eines neuen Lebens erwies. Seit 3 Jahren völlig abstinent, lebt für sich zurückgezogen, schizoider Eindruck.

Fall 25. 52 j. Schneider.

Vater und Verwandte, unter deren Einfluß er stand, tranken, soll in der Schulzeit öfters berauscht gewesen sein. Schneiderlehre, 10 Wanderjahre, Geschäfte gingen schlecht, er trank als ungesellige Natur in den Ärger hinein. Eigentliche Trinkerlaufbahn erst Ende dreißiger Jahre, wurde arbeitsscheu. Ein abstinenter Verwandter konnte ihn nach Ellikon bringen. Seither völlig abstinent.

Auf religiöser Grundlage abstinent geworden. Er glaubt, daß Beten für andere von großem Einfluß sei; so sei ihm ein Bruder sehr zustatten gekommen, der für ihn gebetet habe, als er noch trank. Daneben hat die vernünftige Einstellung der Frau viel beigetragen. Er ist ausgesprochen intelligent, hat selbst Wissenschaftliches über Alkohol gelesen, was aber bezeichnender Weise nach seiner Ansicht rein nichts nützt. Wenn man nicht die richtige Demut habe, die vom Glauben herkomme, so werde man sicher rückfällig. Eifriges Blaukreuzmitglied, arbeitet sehr für die Abstinenz.

Fall 26. 52 j. Bahnangestellter.

Vater brutaler, trinkfester Polizist, ließ den intelligenten Sohn aus irgendeiner Marotte nicht gut ausbilden. Mit 13 Jahren schon Kohlenträger, wobei er sehr viel Bier trank. Dann Schlosserlehre, Wanderzeit in Südfrankreich, Algier, wobei er sehr »intensiv« lebte. Aufbrausender Mensch, Grobian. Energische Frau, mit der es oft böse Szenen absetzte. Als Zugführer hielt er an Gelagen in der ganzen Schweiz mit. Wegen eines Dienstverweises wollte der sehr impulsive Kerl zu Fuß durchbrennen, gelangte aber nicht weit, bis er wieder zur Selbstbesinnung kam. Kam immer mehr herunter, Suizidabsichten, einmal pathologischer Rausch mit 12-stündiger Amnesie. Daraufhin Burghölzli, Ultimatum der Bahn, Ellikon. In Ellikon führte er sich unbändig auf, aber er war doch reif für die Heilung; einige Delirkranke im Burghölzli hatten ihm riesigen Eindruck gemacht. Gerade dieser laute, brutal sich gebende Typ war religiös sehr stark zu beeinflussen. Er gibt sehr glaubwürdig zu, daß es ohne den Glauben nie besser geworden wäre. Daneben haben seine ziemlich gut entwickelte Intelligenz (auch erfinderisch veranlagt), Willenskraft und eine gewisse soziale Einsicht das ihre dazu beigetragen. Sehr eifriges Abstinenzmitglied in verschiedenen Vereinen.

Fall 27. 72 j. Schuhmacher.

Vater Trinker, Mutter sehr häuslich — religiös, ökonomisch gut situiert. Willensschwache Natur, die schon mit 15 Jahren in der Westschweiz dem Weine erlag, war alkoholintolerant. Sehr intensive Teilnahme am Vereinsleben (Reisenderverband), heiterer, zu feuchter Fröhlichkeit aufgelegter, willensschwacher Charakter. Persönliche Bekanntschaft

mit Hausvater Bossart, der ihm nach Ellikon zu gehen überredete, 1896. Durch die religiöse Beeinflussung wurde er zuverlässigster Abstinent seit 33 Jahren. Die Religion gab ihm den einzig möglichen Halt. Besucht jeden Sonntag die Kirche, ist Kirchenpfleger, Sobrietaner, Blaukreuzler. Sehr geordnete, gesicherte Existenz. Das eifrige Mithalten in Kirche und Abstinenzbewegung verunmöglichten es dem schwachen Mann geradezu, zu entgleisen.

Fall 28. 63j. Schneider.

Eltern in guten Verhältnissen, nicht alkoholisch belastet. Er arbeitete nach der Schneiderlehre bei seinem Vater 6 Jahre im Ausland, wo er tüchtig ins Weintrinken kam und überhaupt leicht lebte. Immer vergnügt, leicht berauschbar, kam in seinem manischen Temperament über alle Schwierigkeiten hinweg. Geborener Vereinsmeier, wobei er ungeheuerlich ins Trinken hineinkam, 1896 erstes Delir, 1898 zweites, darauf kam er nach Ellikon. Durch den starken religiösen Einfluß soll er zur Abstinenz gelangt sein, aus eigener Kraft und Einsicht wäre es ihm nie möglich gewesen, trotzdem ihm die Delirien großen Eindruck gemacht hatten. Seit 30 Jahren Abstinent. Ist jetzt noch in ungezählten Vereinen, macht überall und alles mit, bekannt als Original (duzt die meisten Leute), berührt aber nie einen Tropfen. Sehr stolz auf seine Abstinenz.

Fall 29. 60j. Versicherungsbeamter.

Mutter ausgesprochene Trinkerin, Vater Wirt, in der übrigen Familie noch mehr Trinker. In der Schulzeit oft betrunken, mit 16 Jahren erstes Delirium tremens. Schlosserlehre, kam dann beruflich und finanziell sehr zurück, schied sich von seiner Frau. Nach einem sogenannten Fingerzeig (Sturz von einer Treppe) ging er 1903 zum erstenmal nach Ellikon. Nur durch den Glauben habe er sich halten können, den ihm die Persönlichkeit des Hausvaters habe geben können. Nach Ellikon war er 8 Jahre abstinent, verband sich wieder mit seiner früheren Frau, wurde dann 1913 wieder zum Trinken verleitet durch eine Wirtin. Er versuchte es daraufhin mit der Mäßigkeit, versagte aber total. 1921 entschloß er sich zu einer zweiten Kur, die ihm den Weg wieder zeigte. Seither völlig abstinent, lebt geordnet. Intelligenter Mann, der einer angeborenen Schwäche für Alkohol zweimal erlag, dank seiner religiösen Einstellung wird er sich wohl dauernd halten können. Sehr eifriges Vereinsmitglied.

Als interessanter Einzelfall, der völlig abseits steht, möge noch ein letzter Fall erwähnt werden:

Fall 30. 43j. Steindrucker.

Vater leichtsinnig, brutal, dafür war Pat. sehr stark an seine Mutter gebunden. Guter Schüler, Schneider-, dann Steindruckerlehre. 1914 zog er in den Krieg als Deutscher, macht ihn bis zum Ende mit. 1922 habe ihn ein Liebeskummer ins Trinken gebracht, er war zudem durchaus alkoholintolerant und hatte pathologische Räusche. In der Sylvesternacht 1924 ging er in einem solchen Zustand nach Hause, schoß beim Manipulieren mit einem Revolver der Mutter ins Bein; an den Folgen der Verletzung starb sie. Nach 7-monatlicher Untersuchungshaft, während der er an furchtbaren Reuegefühlen litt, mußte er nach Ellikon, nachdem das Strafverfahren eingestellt worden war. Seither völlig abstinent.

Stiller Grübler, schizoid, intelligent, guter Arbeiter. Hätte Ellikon ohne Zweifel kaum mehr nötig gehabt, da er durch sein Unglück sehr stark gewarnt worden ist, je wieder einen Tropfen Alkohol zu berühren. Ist dennoch dankbar für sein Elliker-Jahr, das ihn dauernd davor bewahren werde, je wieder einen Tropfen Alkohol zu berühren.

Auffällig für fast alle untersuchten Fälle ist, daß sie die Stigmata des Alkoholikers verloren haben, vielleicht zwar mehr psychisch als physisch: Gefühlslabilität, Vorherrschaft des Affektes, Gefühlsroheit, Unstetigkeit in der Arbeit, geschwächte Überlegungskraft, Ausreden, Mißtrauen, Eifersucht, Minderwertigkeitsgefühle. Im Gegenteil, eine Tendenz, gerade und sicher aufzutreten, zu bekennen, was früher falsch war, eine gewisse Konstanz in der Lebensführung sind unverkennbar. Bei einem wirklich Geheilten hat man auch den Eindruck, als ob äußere Verhältnisse, auch wenn sie noch so schwierig sind, die Abstinenz nicht mehr zu gefährden vermögen; viele von den Untersuchten stehen an sehr gefährdeten, exponierten Stellen.

Im Appell an die eigene Einsicht, an das individuelle und soziale Verantwortungsgefühl, in der zuvorkommenden, Vertrauen entgegenbringenden, auf persönliche Freiheit und Erweckung des Gewissens abstellenden Behandlung in einem wohlgeordneten Betrieb, im sehr stark suggestiv wirkenden Vereinswesen und Zusammengehörigkeitsgefühl, das Ellikon gepflanzt hat, endlich in einer starken religiösen Beeinflussung liegen die Mittel, Trinker zu heilen. Selbstverständlich gehört dazu eine systematische assoziative Abgewöhnung von Alkohol und dem durch ihn vermeintlich gehobenen Lebensgefühl, das beim Alkoholiker eine so große Rolle spielt. In Ellikon lernt der Trinker, daß die wirklichen Lebensgenüsse nur jenseits der Alkoholsphäre liegen.

Andere Wege, Trinker in Anstalten zu heilen, gibt es nicht. Wer für diese Methoden kein Organ hat, ist besserungsunfähig und kann nur durch Zwangsmaßnahmen geführt werden, die natürlich niemals eine wirkliche Besserung erzeugen.

Über die Prognose, die einem Trinker für eine Heilstättenbehandlung zu stellen ist, ist schwer etwas Bestimmtes zu sagen.

Daß sehr viele ungeeignete Leute nach Ellikon kommen, beweisen die eingangs angeführten Zahlen; daß Mediziner (auch Psychiater) und Laien sich immer und immer wieder täuschen, wird eine Tatsache bleiben. Es ist eben unmöglich, einen Gradmesser oder eine Reaktion für die noch vorhandene Besserungsmöglichkeit eines Alkoholikers zu finden. Erbanlagen, konstitutionelle Faktoren überhaupt, mischen sich bunt mit exogenen Momenten, Trinksitten, sozialer Not, gefährdetem Beruf, Ehezerwürfnisse, usw., so daß man unmöglich sagen kann, ob in diesem oder jenem Fall eine Heilung möglich ist; auch die psych-

iatrische Begriffswelt ermöglicht in den meisten Fällen keine Prognose. So muß man denn zum Schluß sagen, daß immer, wenn nicht ganz schwerwiegende Gründe gegen das Gelingen sprechen, eine Heilstättenkur versucht werden sollte, weil die Methode des Vertrauens die einzige ist, einen gesunkenen Menschen wieder auf eigene Füße zu stellen.

Zusammenfassung der Resultate:

Von den 586 in den 15 Jahren 1912—1926 aufgenommenen Trinkern machten 354 = 60% eine reguläre Kur. Von den 354 sind heute 135 = 38% praktisch geheilt., 47,2% nur vorübergehend oder nicht beeinflußt, 14,7% sind ungeklärt. Die meisten Insassen sind zwischen 30 und 50 Jahre alt, im Alter von 40—50 Jahren liegt der günstigste Zeitpunkt für die Heilungen (50%).

Beruflich Gefährdete weisen gegenüber den nicht Gefährdeten keinen nennenswerten Unterschied im Heilungsprozentsatz auf. Die Verheirateten haben eine etwas bessere Prognose als die Ledigen, die Konfession hat keinen Einfluß auf den Heilerfolg. Die ärztliche Diagnostik vermag über die Prognose wenig auszusagen: Debilität setzt die Heilungsaussichten etwas herab, ein überstandenes Delir scheint sie eher zu begünstigen. Erbliche Belastung mit Alkoholismus setzt die Erfolgsaussichten der Kur nur sehr wenig herab.

Da es sich als unmöglich erweist, die Prognose nach angeborenen oder erworbenen Charaktereigenschaften sicher zu bestimmen, beschränkten wir uns darauf, die Faktoren aufzudecken, die zur Heilung von Alkoholikern führen. Je nach der charakterologischen Verschiedenheit der Trinker haben sich folgende, speziell der Methode Ellikon zugrunde liegenden Faktoren als die wirksamsten erwiesen: Appell an die eigene Einsicht bei ursprünglich vorhandener solider Lebensgrundlage und einem gewissen Intellekt, nachdem der Trinker der Alkoholsphäre in der Anstalt vollständig entrissen ist, Appell an das individuelle und soziale Verantwortungsgefühl, auf persönliche Freiheit abstellende, liebevolle Behandlung in einem wohlgeordneten Betrieb, in suggestiven Momenten, besonders bei Debilen, wie Vereinswesen, gemeinsame Feste, Zeitschrift, endlich religiöse Beeinflussung.

Beobachtungen über Aetiologie und früheste Symptome der Schizophrenie.

Von

Dr. M. Kesselring, leit. Arzt der Nervenheilanstalt Hohenegg in Meilen b. Zürich[1]).

Die anormalen Charakterzüge, die in der Vorgeschichte der Schizophrenen schon in früher Jugend so häufig vorkommen, wurden bisher meist als Beweis für deren konstitutionelle, angeborene Ursache angesehen. *Bleuler* z. B. macht in seinem Lehrbuch die Angabe, daß »die persönliche Disposition« sich wohl in drei Viertel der Fälle ausdrücke »in einem von Jugend auf zu Absonderung geneigten, autistischen Charakter, dann in andern Sonderbarkeiten und Abweichungen vom normalen Denken«. *Kraepelin*, der die Vorgeschichte seiner Kranken auf das Vorkommen auffallender psychischer »Veranlagungen« durchmustert hat, fand besonders häufig bei Knaben ein »stilles, scheues, zurückgezogenes Wesen« mit der Neigung, nur für sich zu leben und keine Freundschaften zu schließen. In zweiter Linie, mehr bei Mädchen, werde über »Reizbarkeit, Empfindlichkeit, Aufgeregtheit, Nervosität, daneben über Eigensinn und Neigung zu Bigotterie« berichtet. Eine kleinere Gruppe von Kindern sei von Jugend auf »träge, arbeitsscheu, unstetig, zu schlechten Streichen geneigt«, halte nirgends aus und werde zu Landstreichern und Verbrechern. Im Gegensatz dazu gebe es Kranke, die »sich durch Lenksamkeit, Gutmütigkeit, ängstliche Gewissenhaftigkeit und Fleiß auszeichneten und als Muster von Bravheit sich von allen jugendlichen Unarten fernhielten«. Die Tatsache der konstitutionellen, angeborenen Ursache der Schizophrenie, ihres »schicksalmäßigen« Entstehens schien so unerschütterlich, daß kaum jemand sich der Mühe unterzog, jene jugendlichen Charakteranomalien, ihre Bedingtheit durch die Umwelt, und ihren Zusammenhang mit ausgesprochen schizophrenen Symptomen genauer zu untersuchen. Dem Kern des

---

[1]) Erweiterter Vortrag, gehalten in Basel am 26. Okt. 1929 auf der 76. Versammlung des Schweiz. Vereins für Psychiatrie und der Tagung der Vereinigung der südwestdeutschen Psychiater.

Schizophrenie-Problems wird aber kaum beizukommen sein, wenn diese Fragen nicht beantwortet werden.

Bei der Anamnese sind wir leider fast immer auf die Angaben von Laien angewiesen, denen ein geschulter Blick für feinere psychische Veränderungen fehlt. Es bedarf einer ganz besonderen Hingabe und Ausdauer, oft auch einer geübten Fragetechnik, um aus den oft widersprechenden oder nichtssagenden Äußerungen der Angehörigen das Wesentliche und Typische herauszubekommen und sich ein klares Bild von der Vergangenheit der Kranken zu machen. Zu wirklich zuverlässigen und brauchbaren Angaben ist nur zu gelangen, wenn nicht nur verschiedene Angehörige eingehend befragt werden, sondern auch Freunde und Bekannte außerhalb des Familienverbandes, ferner Lehrer und Hausärzte, da diesen oft krankhafte Eigentümlichkeiten auffallen, die innerhalb der Familie gar nicht als solche empfunden werden. Außerordentlich wichtig sind natürlich auch die Mitteilungen der Kranken selber und man darf sich, um sich über die Entwicklung der Krankheit volle Klarheit zu verschaffen, keine Möglichkeit entgehen lassen, leichtere vernehmungsfähige Kranke in allen Stadien ihrer Krankheit auszufragen.

Die Resultate, die man dabei gewinnt, sind überraschend: Im Gegensatz zu der bisherigen Annahme sind jene Charakteranomalien vorwiegend durch die Umwelt bedingt. Fast alle Schizophrenen haben schon in der Kindheit schwere und, was besonders wichtig und entscheidend ist, andauernde seelische Erschütterungen erlebt. Meist von nervösen und aufgeregten Eltern abstammend, müssen sie ihre Jugend in einer geistigen Atmosphäre verbringen, in der vor allem das eine fehlt, was für eine ungestörte psychische Entwicklung das Wichtigste ist, nämlich Ruhe, Friede und heitere, freundliche Stimmung. In fast allen solchen nervösen Familien herrscht beständig aufgeregter Betrieb; nie gibt es eine wirkliche Entspannung durch eine behagliche Feierabendstunde oder durch die physiologisch so notwendige Sonntagsruhe.

Von der Empfindlichkeit und Abhängigkeit des Kindes von seiner Umgebung hat der Erwachsene kaum eine richtige Vorstellung. Nach Beobachtungen im Zürcher Kinderspital genügt ein vorübergehender Besuch einer aufgeregten Mutter, um beim Säugling Gewichtsabnahme zu bewirken, und das Erscheinen einer nervösen Pflegerin, ihr ängstliches, unruhiges Anfassen oder ihre scharfe Stimme vermag sofort die Kinder eines ganzen Saales zu heftigem Weinen und zur Unlust bei der Nahrungsaufnahme zu reizen. Später werden die Kinder beständig »erzogen«, unaufhörlich gemahnt und getadelt, jede selbständige Regung wird unterdrückt. Oft werden sie auch brutal behandelt

und ungerecht geschlagen. Sie leben dauernd unter quälendem Zwang. In anderen, selteneren Fällen fangen sie an, manchmal schon im Säuglingsalter, ihre schwache und zur Erziehung ungeeignete Umgebung zu tyrannisieren und dadurch selber den Anlaß zu den ewigen Reibungen und Streitereien zu geben, die ihre Jugendzeit vergiften. Oft schaffen ungenügend beaufsichtigte Kinder auch unter sich beständigen Zank.

Recht häufig ist ferner die Angabe der Kranken, daß schwere Ehekonflikte der Eltern quälende und aufregende Stimmungen hinterlassen haben, so daß die ganze Jugendzeit dadurch ungünstig beeinflußt wurde. Die nervöse Überreiztheit einer Familie kann sich auch in übertriebenen Moralbegriffen äußern, wodurch beim Kinde quälende innere Konflikte entstehen, die dauernde Beunruhigung und Erregung schaffen. Besonders tief erschütternd wirkt auf das kindliche Gemüt andauernde Angst. Schon in frühester Jugend kann die Angst, die in übertriebener Fürsorge liegt, sich auf das Kind übertragen. Später nimmt es innigen Anteil an den meist übertriebenen Ängsten und Sorgen der nervösen Eltern; aber noch viel schlimmer ist die Tatsache, daß tausende von Kindern dazu verurteilt sind, vor einem trunksüchtigen Vater, vor einer überreizten, aufgeregten Mutter oder auch einem brutalen Lehrer in beständiger Angst zu leben.

Strindberg, selber »ein verprügelter Junge«, dessen pathologische Züge gewiß zu einem guten Teil seiner Erziehung, die er als furchtbaren Druck empfand, zuzuschreiben sind, nannte später in seiner nachzitternden Verbitterung die Familie »das Heim aller sozialen Laster« und »Hölle der Kinder«. Ähnliche Urteile kann man von manchen Kranken hören, die nach Ablauf der akuten Symptome wieder zur klaren Besinnung zurückkehren und die solche Kindheits- und Jugenderlebnisse für ihre Krankheit direkt verantwortlich machen. Diese Bekenntnisse sind um so wertvoller, als die meisten Kranken sich dieser Ursache kaum oder gar nicht bewußt werden.

Sind solche ungesunde Verhältnisse in der Regel schon für Erwachsene so schädlich, daß sie sie als unerträglich empfinden und darob in reaktive Psychosen geraten können, so ist anderseits das unentwickelte Kind ihnen in noch viel höherem Maße ausgeliefert. Es kann keine innere Distanz zu seinen Erziehern schaffen; die Aufgeregtheit der Umwelt geht unmittelbar und unabgeschwächt durch vernunftgemäße Überlegungen auf das kindliche Gemüt über. Seine Affekte werden unaufhörlich beleidigt und gereizt, sein Vertrauen zerstört, sein Gerechtigkeitsgefühl durch ungerechte und übertriebene Strafen beständig verletzt, seine natürliche Unternehmungslust durch Tadel oder Prügel immer wieder grob unterdrückt, seine gesunden Instinkte

brüskiert. Alle seine Lebensäußerungen sind zu jeder Zeit in Gefahr, mißdeutet und beeinträchtigt zu werden.

Im *Pawlow*schen Institut gelang der interessante Versuch, bei Hunden depressive Psychosen hervorzurufen, indem man sie durch immer kompliziertere Dressur schließlich so in Verwirrung brachte, daß sie nicht mehr wußten, wie sie reagieren sollten. In einer ganz ähnlichen Lage befinden sich Kinder, die einer aufgeregten, launischen, inkonsequenten Erziehung ausgesetzt sind, da diese sie endlich in Verwirrung und Verzweiflung versetzen muß.

Die Wirkung einer solchen Jugendzeit auf den Charakter ist offensichtlich: Die Affektivität wird eintönig und vergröbert; feinere Stimmungen verschwinden, das Mitfühlen geht verloren; die Kinder werden dauernd verstimmt, ängstlich, verdrossen, störrisch, verstockt, gereizt; sie werden immer unfähiger, sich der Wirklichkeit anzupassen, schließen sich vom Leben ab und werden in autistische Grübeleien hineingetrieben. Das Tun und Lassen vieler Kinder wird fast ausschließlich durch Haß- oder Trotzreaktionen bestimmt. Um sich über die bedeutende Charakterveränderung solcher Kinder eine richtige Vorstellung zu machen, muß man sich ein wirklich gesundes Kind daneben vorstellen: Sprühendes Leben, heitere Unbekümmertheit, stete Bereitschaft zu Spiel und Initiative sind ihm eigen. Aus der lebendigen und intensiven Wechselbeziehung zur Umwelt ergibt sich ihm jene natürliche Teilnahme am Wohl und Wehe des Nächsten, aus der sich von selbst die richtige Einstellung zu den Lebenszielen ergibt.

Bei den Autoanamnesen der Kranken macht man immer wieder die Beobachtung, daß weniger die einzelnen aufregenden Erlebnisse, als vielmehr die ganze erregte Umgebung, in der sie als Kinder leben mußten, entscheidend ins Gewicht fällt. Dem Kinde mit seiner unmittelbaren Aufnahmebereitschaft, mit seiner völligen Abhängigkeit von der Umwelt drängt sich diese gereizte oder geängstigte Stimmung ohne alle Reflexion auf. Das einzelne Ereignis wird ja meist leicht überwunden und verarbeitet, aber der ganzen geistigen Atmosphäre der Umwelt kann ein Kind nie selbständig gegenübertreten. Solche Verhältnisse, die nach außen meist als ganz geordnet erscheinen, müssen schließlich auch Kinder zermürben und verängstigen, die unter gesunden und hygienischen Bedingungen sich ganz normal entwickelt hätten.

Besonders verhängnisvoll ist die Wirkung, wenn ein Kind der Erziehung durch eine geistig abnorme Mutter ausgeliefert ist. Eine intelligente Patientin schilderte uns, wie die ewigen Nörgeleien einer solchen Mutter erst zu ängstlichen Minderwertigkeitsgefühlen und zu Zwangsgedanken geführt haben; spä-

ter wurde die Stimmung immer gereizter und entartete schließlich zu einem solchen Haß, daß die Kranke nichts mehr ertragen konnte, was mit der Mutter irgendwie zusammenhing. Nur einmal in ihrem Leben war ihr wohl und lebte sie auf, als sie mit 16 Jahren zur weiteren Ausbildung ins Welschland kam; zu Hause fing sofort das alte Elend wieder an. Diese Kranke, jetzt 22jährig, geriet immer mehr in schizophrene Symptome hinein, von denen sie sich nie mehr völlig erholte. Sie erhielt vor kurzem den Bericht, daß die 18jährige Schwester das Elternhaus ebenfalls habe verlassen müssen, weil ähnliche Symptome bei ihr aufgetreten seien. Eine weitere Patientin erzählte, wie ihre Mutter sie durch ihre aufgeregte Fürsorge förmlich mit einer »Atmosphäre von Angst« umgeben habe, so daß sie keinen Schritt habe tun können, ohne von den Befürchtungen der Mutter verfolgt zu werden. Diese Angst sei dann unmittelbar auf sie übergegangen, habe zu allerlei Zwangsgedanken und Zwangshandlungen geführt, und sie beherrscht auch jetzt im 30. Lebensjahr das Krankheitsbild noch völlig. Ohne Zweifel hat diese »Atmosphäre der Angst« schon den Säugling aufgeregt, denn schon im Alter von einem Jahr trat bei der Patientin eine Zeit schwerer Schlaflosigkeit auf.

In einem Falle haben wir die spätere Erkrankung an Schizophrenie geradezu voraussagen können. Wir hatten in unserer Anstalt eine paranoide Mutter, die sich durch Aufgeregtheit, Eigensinn und Tyrannisierung der Umwelt auszeichnete. Wir haben uns ihrer Entlassung nach Hause besonders aus dem Grunde widersetzt, weil wir uns sagen mußten, daß die 17jährige Tochter das unmöglich aushalten könnte, und wir haben den Ehemann speziell hierauf aufmerksam gemacht. Unsere Mahnungen nützten leider nichts, und nach 2 Jahren kam diese Tochter mit einer schweren Katatonie, die fünf Monate dauerte, zu uns. Auch hier tischte man uns die übliche Anamnese auf, daß die Patientin immer heiter und gesund gewesen sei bis wenige Tage vor Ausbruch der Erkrankung. Wir hörten aber später von einer befreundeten Familie, daß die Tochter schon vor Monaten sich ganz verzweifelt geäußert habe über das Zusammenleben mit der Mutter, das sie fast nicht mehr aushalte. Sie erholte sich dann völlig. Trotz unserer dringenden Warnung nahm sie der Vater wieder nach Hause und die Folge war, daß sie schon nach wenigen Tagen erneut aufgeregt wurde. Einen Monat nach der Entlassung suchte sie bei uns Zuflucht, nachdem die Mutter sie mit Ohrfeigen zurechtgewiesen hatte.

Nun ist ja freilich jenes krankhafte Verhalten zunächst nur eine Reaktionsweise, und man kann leicht Fälle anführen, wo mit dem Aufhören solcher Einwirkungen der Zustand bald

wieder zur Norm zurückgekehrt ist. So haben wir ein 11 jähriges Mädchen beobachtet, dessen paranoide Mutter beständig heftige Szenen zu Hause machte, aus Eifersucht das Dienstmädchen prügelte, Mann und Kinder brutal behandelte. Es wurde dadurch ganz verschlossen, aufgeregt und autistisch und stand auf dem Schulplatze in der Pause in einer Ecke, anstatt wie früher mit den andern Kindern zu spielen. Nach der Anstaltsversorgung der Mutter wurde es aber nach einigen Monaten wieder ganz normal. Bei einer Patientin, die erst mit 35 Jahren an einem stärkeren Schub der Schizophrenie erkrankte, nachdem sie von Jugend auf latente Symptome gezeigt hatte, machte eine Tante die Beobachtung, daß diese, wenn sie als Kind zu ihr in die Ferien kam, in der ersten Zeit immer merkwürdig steif war und erst allmählich freier wurde. Zu jener Zeit litt die Patientin schwer unter dem beständigen Streit zwischen den Eltern und den unaufhörlichen Ermahnungen der Mutter, die durchaus ein Musterkind aus diesem ihrem einzigen Kinde machen wollte.

Leider haben aber lange nicht alle Kinder die Möglichkeit, durch Änderung der Familienverhältnisse oder durch regelmäßige Ferien sich von solchen Schädigungen zu erholen; sie geraten dann immer tiefer in eine abnorme Reaktionsweise, die schließlich zur dauernden wird und sich organisch im Gehirn verankert.

Eine besondere Kategorie bilden jene »braven und ängstlich gewissenhaften Kinder«, die ja bekanntlich ebenfalls mehr als andere gefährdet sind. Auch bei ihnen können, wenn eine Schizophrenie sich entwickelt hat, meist ähnliche Verhältnisse nachgewiesen werden, aber mit dem Unterschied, daß diese Kinder mit Anstrengung versuchen, den übertriebenen Forderungen gerecht zu werden. Sie geraten durch ihren aufgepeitschten Eifer und Ehrgeiz mehr und mehr in eine aufgeregte Betriebsamkeit hinein, die schließlich ebenfalls zu Gereiztheit und chronischen Affektstörungen führt. Ein Fall soll das erläutern, und zwar sei absichtlich einer gewählt, dessen präpsychotische Symptome so leicht waren, daß sie nur bei ganz spezieller Nachforschung erkennbar wurden. Die äußerst zarte, leicht ermüdbare, sehr intelligente 21 jährige Tochter erkrankte plötzlich an akuter Erregung und Verwirrtheit, der sich bald ein schwerer katatonischer Zustand anschloß mit Befehlsautomatie und flexibilitas cerea. Nach 6 Monaten völlige Heilung. Der Vater, ein sehr verständiger Arzt, hatte ängstlich nach sexuellen Komplexen gefahndet, natürlich auch solche gefunden und als Hauptursache angesehen. Es stellte sich aber bei den Nachforschungen heraus, daß schon viele Monate vor der Erkrankung eine deutliche Gereiztheit bestanden hatte; die früher

musterhaft brave und folgsame Tochter fing an zu widersprechen, ging eigene Wege und machte z. B. kurz vor der Katastrophe, trotz Verbot des Vaters, eine ganz übertriebene Rohkostkur, bei der sie 9 Kg. an Gewicht verlor. Diese Gereiztheit verriet eine so offenkundige Charakterveränderung, daß auch diese eine Ursache haben mußte. Erst nach wiederholten Konferenzen mit den Eltern gelang es, festzustellen, daß die Patientin schon als Kind eine peinliche, durch beständige Ermahnungen der nervösen Mutter noch gesteigerte, Gewissenhaftigkeit zeigte, daß sie nach der Schule als Sekretärin und Gehilfin des Vaters sehr viel leistete, daß sie aber mehr und mehr in eine über ihre Kräfte gehende, aufgeregte Betriebsamkeit hineingeriet, trotz ermüdender Arbeit viel Geselligkeit pflegte, auswärts Musik- und Gesangstunden nahm und trotz ungenügender Stimme sich durchaus für Gesang ausbilden lassen wollte. So bildete sich Jahre vor dem Zusammenbruch der chronische Erregungszustand aus, der schließlich zur Katastrophe führte.

Solche Verhältnisse müssen ja, besonders wenn sie jahrelang andauern, den Charakter eines Kindes verändern, und aus derartigen Erfahrungen dürfte gewiß der Schluß gezogen werden, daß mit der Annahme einfacher Vererbung geistiger Störungen etwas vorsichtiger umgegangen werden sollte. Das, was als »persönliche Disposition« oder als »Veranlagung« beschrieben wird, sind sehr oft nicht, wie man allgemein annimmt, angeborene Eigenschaften, sondern sie sind vorwiegend das Produkt der Umwelt. Sie sind die Reaktion falscher Erziehung auf besonders empfindliche Kinder. Auch die moderne Pädagogik kommt ja ebenfalls mehr und mehr zu der Überzeugung, daß die sog. »Charakterfehler« des Kindes zum größten Teil auf verständnislosen und falschen Erziehungsmethoden beruhen. Wie tiefgreifend das Milieu das Verhalten eines Menschen beeinflussen kann, zeigen übrigens unsere eigenen Erfahrungen in den Irrenanstalten; man denke nur an jene fürchterlichen »Kunstprodukte«, die die alten Isolierungsmethoden schufen.

Nichts rechtfertigt die Gewohnheit, Charakteranomalien solcher Kinder nur deshalb als »angeboren« zu bezeichnen, weil sie schon in frühester Jugend zutage treten. Selbstverständlich soll damit die Bedeutung der angeborenen Konstitution nicht in Abrede gestellt, sie soll nur exakter definiert werden. Da in der Regel die verschiedenen Geschwister auf die gleiche Erziehung ganz verschieden reagieren, muß ein konstitutioneller Faktor mitspielen. Er besteht ohne Zweifel in einer erhöhten Empfindlichkeit und Erregbarkeit, die jene pathologische Reaktionsweise begünstigt, was indessen keineswegs immer eine krankhafte Minderwertigkeit zu sein braucht. Eine solche ist freilich bei jenen

Kindern offensichtlich, die auch auf ganz normale Verhältnisse abnorm reagieren.

Einer Lage, der jeder erwachsene Mensch sich durch die Flucht entziehen würde, ist das Kind hilflos ausgeliefert. Nicht nur Monate, sondern Jahre bringt es in diesen, allen seinen Bedürfnissen widersprechenden Verhältnissen, zu, Jahre, in denen sein Gehirn wachsen und reifen sollte, in denen die Gewohnheiten und Assoziationen für das spätere Leben sich bilden, in denen die affektive Einfühlung zu den Mitmenschen sich entwickeln sollten. Wie vermöchte ein Gehirn, das sich während der ganzen Jugendzeit in solchem Aufruhr befindet, das zu leisten? Man denke nur einmal an Kriegszeiten, wo sogar die meisten erwachsenen, gebildeten Menschen trotz einer viel geringeren affektiven Erregtheit nicht mehr imstande sind, eine vernünftige und adäquate Einstellung zur Wirklichkeit zu finden. Das kindliche Gehirn kommt unter den geschilderten Verhältnissen überhaupt nicht zur Reife. Die feineren affektiven Stimmungen und Einfühlungen bilden sich gar nicht aus oder werden, wenn die Schädigungen erst in späterer Zeit einsetzen, wieder zerstört.

Ein solches Gehirn wird beständig weit über das normale Maß in Anspruch genommen; anderseits aber besteht eine besondere und entscheidende Schädlichkeit darin, daß die normale Ruhe- und Gleichgewichtslage, in der es sich erholen und die verlorenen Kräfte ersetzen könnte, kaum mehr zustande kommt. Wie das Auge durch übermäßiges Licht auf lange Zeit geblendet wird, verliert auch ein zu intensiv und zu lange gereizter Affekt die Fähigkeit, rasch wieder zur Norm abzuklingen und sich zu beruhigen. Selbst bis in den Schlaf hinein macht sich diese Erregtheit durch aufgeregte Träume geltend, und sehr häufig erhält man auch die Angabe, daß der Schlaf schon in der Jugend mangelhaft wurde. Schlaflosigkeit bei Jugendlichen ist immer ein sehr ernster Zustand. Viele Ärzte gehen leider allzu leicht darüber weg, wohl deshalb, weil sofortige üble Folgen nicht erkennbar sind. Der Mangel an Schlaf verrät aber immer eine abnorme Erregtheit; er muß notwendigerweise dazu führen, daß die Nervenzelle in der Nacht nicht all das wieder assimilieren kann, was die Tagesleistung verbraucht hat. So geht das Monat für Monat, Jahr für Jahr, bis schließlich auch dem ungeschulten Blick die völlige Veränderung der Persönlichkeit sich offenbart.

Die Charakterveränderungen, die der um seine geistige Entwicklung gebrachte Jugendliche zeigt, sind nach einer Reihe von Jahren kaum mehr korrigierbar. Man sollte meinen, daß, wenn ein solcher Junge seiner schwierigen Lage entrinnt und er in eine Lehre und in normale Verhältnisse kommt, er aufatmen

und sich befreit fühlen sollte. Das ist aber nicht der Fall, denn er nimmt seine Erregtheit, seine Gereiztheit und Verdrossenheit mit sich und ist nicht mehr fähig, sich den neuen Umständen richtig anzupassen oder gar sie zu meistern. In Nr. 1845 der Neuen Zürcher Zeitung vom Jahre 1929 schreibt ein Jugendsekretär, daß von den 400 Jugendlichen, die er während ihrer Lehr- und Ausbildungszeit zu betreuen hat, es etwa 30 gibt, die Schwierigkeiten machen, es an Ausdauer usw. fehlen lassen, und das seien »ausnahmslos gerade junge Leute, die es zu Hause schwer und kein echtes Familenleben hatten, zum Teil hart und roh behandelt« wurden.

Ist es nicht verständlich, daß unter solchen Umständen nicht nur die geistige, sondern auch die körperliche Entwicklung leiden muß? Wer je ein schulmüdes Kind gesehen hat, das blaß und abgemagert ist infolge übermäßiger Anforderungen, wird das gewiß begreiflich finden. Denn hier handelt es sich um Schlimmeres als um eine einfache Überarbeitung. Das Wachstum bleibt zurück; ein infantiler, asthenischer Typus persistiert und auch das endokrine System, z. B. die Entwicklung der Keimdrüsen, kommt nicht zur vollen Entwicklung. Das Auftreten der ersten Menses bei Mädchen verspätet sich um Jahre oder setzt nach dem Auftreten wieder aus. Also auch der somatische Habitus ist höchst wahrscheinlich oft nur ein sekundäres Symptom.

Wenn wir versuchen, für die beschriebenen psychischen Erscheinungen eine physiologische Erklärung zu finden, so müssen wir zur Einsicht kommen, daß diese alle ein gemeinsames Merkmal haben: Diese Kinder leben in einer andauernden Erregtheit, in einer seelischen Spannung und Unruhe, die die Gehirntätigkeit beständig in einem Reizzustand erhält. Hinter dem stillen, scheuen Wesen verbirgt sich aufgeregte Angst; Eigensinn und Verstocktheit verraten gespannte Ablehnung, die Verstimmungen affektive Geladenheit; die Betriebsamkeit ist der Ausdruck erregter Unruhe. Dieser chronische Reizzustand, der zwischen der normalen Gleichgewichtslage und einer eigentlichen Psychose etwa die Mitte hält, könnte wohl am besten als hypopsychotischer Erregungszustand bezeichnet werden. Wie man ihn diagnostisch in das bisherige System einreihen will, ist von untergeordneter Bedeutung. Die Ausdrücke Neurasthenie, Psychopathie oder Schizoidie, die für diese Krankheit gelegentlich angewendet werden, sind viel zu verschwommen. Charakteristisch dafür ist, daß entweder die Affekt- oder die Willenssphäre oder auch beide zusammen andauernd eine gespannte Erregtheit und Geladenheit zeigen, und daß die Rückkehr in eine normale Ruhe- und Gleich-

gewichtslage, in der das Gehirn sich richtig erholen könnte, mit der Zeit unmöglich wird. Das Bedürfnis und die Fähigkeit, sich zu entspannen und der Ruhe hinzugeben, ist stark beeinträchtigt. Anstatt des Ermüdungsgefühls nach Anstrengungen entsteht vermehrte Erregung. Durch diese chronische Erregtheit verliert das kindliche Gehirn die biologischen Grundbedingungen, die zu seinem Wachstum und Gedeihen unerläßlich sind, nämlich die »heilige Ruhe«, die schon *H. Pestalozzi* als das Primäre aller geistigen Entwicklung bezeichnet hat. Selbst wo das Kind seiner schädlichen Umgebung völlig entrissen wird, braucht es Monate, bis wieder ein normaler Zustand hergestellt ist.

Unsere Beobachtungen haben nun ergeben, daß allen Schizophrenien, deren Vorgeschichte sich genau untersuchen und aufklären ließ, solche hypopsychotische Erregungszustände vorausgehen. Sie sind eine der wichtigsten Bedingungen für das Entstehen der Schizophrenie. Die angeblich akut einsetzenden schizophrenen Symptome sind in keinem Falle erst in den letzten Wochen entstanden, wie dies meist von den Angehörigen behauptet wird; sie haben sich nur in dieser Zeit verschlimmert. Jeder Psychose, wo wirklich typische schizophrene Züge vorkommen, geht eine jahrelange Vorbereitungszeit voraus. Immer kann man nachweisen, daß meist schon von früher Jugendzeit an bis zum Ausbruch schwererer Symptome jene krankhafte seelische Verfassung besteht. Ohne eine solche chronische pathologische Erregung des kindlichen Gehirns, die entweder direkt aus abnorm erregbarer Konstitution oder aus ungünstigem Milieu stammt, kommt eine Schizophrenie nicht zustande. Der hypopsychotische Erregungszustand ist mit einer Schizophrenie so untrennbar verbunden, daß ihm ohne Zweifel auch eine kausale Bedeutung zukommt. Er ist das schädliche Agens; seine zersetzende Wirkung bildet den »Prozeß«, der das Gehirn so lange schädigt, bis es zu dauernden organischen Zerstörungen kommt.

Dieser hypopsychotische Erregungszustand ist nun freilich an sich noch keine spezifisch schizophrene Erkrankung, trotz gewisser verwandter Züge mit der ausgebildeten Krankheit. Er kann auch vorhanden sein, ohne daß eine Schizophrenie sich daraus entwickelt. Wenn er noch nicht gar zu lange bestanden hat, kann er in Heilung übergehen, wobei freilich fraglich ist, ob nicht sogar in diesem Fall eine Dauerschädigung in Form einer geringeren Leistungsfähigkeit, vermehrter Ermüdbarkeit und dgl. zurückbleibt. Viel häufiger bleibt er mehr oder weniger ausgesprochen bestehen, und solche Kranke sind stets in Gefahr, in stärkere Erregungszustände, d. h. in richtige Psychosen

unbestimmten Charakters zu verfallen, die dann als »Erregungszustände bei Psychopathie« o. ä. nach der bisherigen Diagnostik benannt werden. Auch bei Schwachsinnigen bestehen sehr oft diese chronischen Erregungszustände; bringt sie doch ihr Leiden besonders leicht in chronische Konflikte mit der Umgebung. Die Häufigkeit der Pfropf-Schizophrenie ist die natürliche Folge davon.

Den Anlaß zu stärkeren Erregungszuständen liefert meist der Zwang zu irgend einer Anpassung an neue Verhältnisse. Nicht nur für psychische, sondern auch für physiologische Anpassung genügt die Vitalität nicht mehr. Das geschädigte Gehirn vermag diese Leistung nicht mehr zu vollbringen und reagiert mit vermehrter Erregung. Schon die entstehende normale Sexualspannung kann die Reaktionen aus dem Geleise werfen; gar nicht selten bewirkt dies irgend ein aufregendes Erlebnis, z. B. der Antritt einer neuen Stelle, der erste Eintritt ins Militärleben, oder wichtige Veränderungen im Familienverbande. (Verlobung, Heirat, Todesfall.) Ebenfalls bekannt als auslösende Ereignisse sind Fieber, Alkoholvergiftung oder Wochenbett. Ob eine solche Psychose schizophrene Symptome zeitigt, hängt ganz davon ab, wie tief das Gehirn vorher durch den Erregungszustand geschädigt worden ist.

Jede stärkere psychotische Erregung ist eine gewaltige Belastungsprobe unserer Gehirnfunktion. Ist diese Funktion an irgend einer Stelle ungenügend, so wird bei dieser Gelegenheit die latente Schwäche manifest. Zum erstenmal offenbart sich dann wie ein drohendes Wetterleuchten die mangelhafte Bildung der Assoziationen in den unsinnigen Wahnideen und das Fehlen tieferer Affekte im inadäquaten Verhalten gegenüber der neuen Situation. Aber nach dem Abklingen der Erregung kann sehr wohl wieder der frühere latente Zustand eintreten, und es scheint, als ob die Krankheit nun geheilt sei. Der zerstörende Einfluß der hypopsychotischen Erregung schreitet aber, zwar meist unerkannt, fort, und die Möglichkeit weiteren Zerfalls droht dem Kranken beständig. Langandauernde hypopsychotische Erregungszustände bedeuten nach unseren Beobachtungen für das Gehirn offenbar eine gleiche Gefahr, wie langdauernde Psychosen.

Daß Psychosen mit der Zeit zerstörend wirken, war für die früheren Psychiater eine bekannte Erfahrung. Immer und immer wieder wurde beobachtet, wie aus solchen Erregungen schließlich unheilbare Defekte entstehen, nenne man sie nun so oder anders. Auch in unserer Zeit kommt es ja stets wieder vor, daß ein Kranker lange unter der Diagnose eines manisch-depressiven Irreseins registriert wird, bis dann schließlich doch

schizophrene Symptome auftreten. Man pflegt dann zu sagen, man habe sich in der Diagnose getäuscht, während es wohl richtiger wäre, zuzugeben, daß schließlich auch bei sehr robuster Konstitution ein Gehirn mit schizophrenem Zerfall antworten kann, wenn die Schädigung lange genug und intensiv genug gewirkt hat.

Die heutigen Auffassungen der Schizophrenie bedürfen einer Korrektur. Bei jeder Schizophrenie findet sich als erstes und wichtigstes Symptom eine langdauernde chronische Erregtheit, aus der erst sekundär die übrigen Symptome entstehen. Diese Erregtheit pflegt in späteren Stadien der Krankheit, parallel mit dem zunehmenden organischen Zerfall, abzuklingen; aber selbst der ganz verblödete, apathische Kranke gleicht meist einem ausgebrannten Vulkan, bei dem man vor einer erneuten Eruption nie sicher ist.

Die Schizophrenie ist weniger ein besonderes einheitliches Krankheitsbild, als eine charakteristische und spezifische organische Zerfallserscheinung der Psyche. Sie bildet sich immer nur dann aus, wenn jahrelang dauernde psychotische oder hypopsychotische Erregungszustände vorausgegangen sind, und zwar gehen diese Zustände ohne Unterbrechung in die schizophrenen Symptome über.

Die Schizophrenie kann ganz schleichend direkt aus dem hypopsychotischen Erregungszustande herauswachsen. Sie beginnt theoretisch dort, wo die zunächst noch rein funktionelle Psychose anfängt, irreversible, d. h. organische Zerstörungen zu bewirken. Diese ersten Symptome sind für unsere Untersuchungsmethoden noch nicht erkennbar; wir erkennen diese Zerstörungen erst dann mit Sicherheit, wenn schon recht massive Veränderungen vorhanden sind. Die funktionelle Psychose geht dann unmerklich über in Symptome, die mehr und mehr einen auf Schizophrenie hinweisenden Charakter annehmen: Allgemeine Leistungsunfähigkeit, Mangel an Konzentration, Zerfahrenheit, Assoziationsschwäche, Verlust der Einfühlung und Anpassung, Neigung zum Grübeln bis zum »Gedankenjagen«, zwangsmäßige Ideen und Impulse, zunehmende autistische Abwendung von der Wirklichkeit und dafür Ausbau einer wahnhaft-phantastischen Ideenwelt. Je länger der Erregungszustand dauert, um so deutlicher wird der schizophrene Charakter. Je mehr Nervenzellen der organischen Zerstörung anheimfallen, um so mehr werden feinere Affekte erlöschen, adäquate Reaktionen und die Bildung komplizierter Assoziationen unmöglich werden, bis schließlich die völlige Zertrümmerung der Persönlichkeit erreicht ist.

Recht oft geht der Übergang zum psychischen Zerfall nicht

so schrittweise vor sich, sondern es kommt vorher zu einem oder mehreren »Schüben«, d. h. zu heftigen psychotischen Steigerungen der Erregung, nach deren Ablauf dann erst deutlich schizophrene Dauersymptome zurückbleiben.

Wie lange ein Gehirn eine solche abnorme Beanspruchung aushält, ohne dauernd Schaden zu nehmen, das ist ohne Zweifel vor allem eine Frage der angeborenen Konstitution. Darin sind die Menschen natürlicherweise sehr verschieden, und diese Widerstandsfähigkeit ist wahrscheinlich neben der erhöhten Erregbarkeit die zweite wichtige vererbbare Komponente, die entscheidend dafür ist, ob es unter gegebenen Verhältnissen zu einer Schizophrenie kommt oder nicht. Von der Qualität dieses Erbfaktors, der vielleicht identisch ist mit einer Neigung zu abnormer Ermüdbarkeit, von der Vitalität der Nervenelemente hängt es wohl auch ab, ob der schizophrene Zerfall früh oder spät einsetzt, ob er intensiv oder nur angedeutet ist.

Neben der angeborenen Konstitution sind aber auch exogene Faktoren für diese Vitalität sicher von Bedeutung. Schwere Nährschäden, infektiöse Krankheiten, Keimschädigungen können eine Disposition schaffen. Wiederholt ist mir auch das häufige Vorkommen von Frühgeburten aufgefallen. Daß bei solchen Fällen eine vermehrte Neigung zu schizophrenem Zerfall besteht, eine Neigung, die nicht auf einem Erbfaktor zu beruhen braucht, ist leicht verständlich. Sollte vielleicht auf solche Ausnahmen der merkwürdige Befund zurückgehen, daß sich bei schizophrenen Gehirnen relativ häufig die *Cajal*schen Foetalzellen noch finden?

Theoretisch kann ein Fall sich denken lassen, wo die beiden erwähnten Erbfaktoren — erhöhte Erregbarkeit und ungenügende Vitalität — so ausgesprochen sind, daß schon die Anforderungen des normalen Lebens genügen, um eine Schizophrenie zu erzeugen, z. B. ein so lebhaftes und empfindliches Temperament, daß der Träger durch seine eigene übermäßige Betriebsamkeit und Sensibilität sich »aufreibt«. In Wirklichkeit sind solche Fälle aber äußerst selten. Wo eine direkte Vererbung ohne hypopsychotisches Stadium vorliegt, handelt es sich wahrscheinlich um Krankheiten, die einer ganz anderen Kategorie angehören.

Bei gegebener Konstitution wird ohne Zweifel die typische schizophrene Störung um so schwerer ausfallen, je früher und je intensiver die Schädigungen eintreten.

Schon vor 100 Jahren hat *Conolly* in einem seiner berühmten Hanwell-Berichte die Erfahrung ausgesprochen, daß das kindliche Gehirn für chronische Reizungen besonders empfindlich ist. Auch *Kahlbaum*, der die Schizophrenie als erster

beschrieben hat, vermutete als Ursache eine exogene Schädigung während der Jugendzeit, nur nahm er dafür zu einseitig eine geistige Überanstrengung an. Immerhin kam er damit der Wahrheit gewiß weit näher als die heutigen Autoren.

Das ausgereifte Gehirn ist viel widerstandsfähiger; es kann auf ähnliche Schädigungen wohl auch mit einer Psychose, sogar mit andauernden, unheilbaren Schwächezuständen antworten, doch entstehen daraus fast nie schwere schizophrene Defekte.

Der Einwand liegt nahe, daß bloß funktionelle Schädigungen nicht genügen können, um so auffallende organische Störungen zu erzeugen. Die Physiologie der Nervenzelle kann über diese Frage interessante Aufschlüsse geben. Es ist eine Tatsache, daß die Nervenzelle, wie an überlebendem Hirnbrei und am Rückenmark des Frosches festgestellt wurde, einen überaus intensiven Stoffwechsel hat. Schon in der Ruhe ist der Sauerstoffverbrauch zwei- bis dreimal stärker als bei andern Geweben des Körpers, und bei elektrischer Reizung erhöht sich der Stoffwechsel nochmals erheblich. Psychische Reizung, z. B. die hypnotisch erzeugte Angst, vermag den Stoffwechsel des Gehirns mächtig zu steigern. Durch andauernde übermäßige Affektreizung muß das Oxydationsbedürfnis der Nervenzelle schließlich so groß werden, daß Sauerstoffmangel und damit »Erstickung« eintritt, was zu ihrer Zerstörung führt. Man weiß ja aus den Untersuchungen beim Fieber, wo ebenfalls der Sauerstoffverbrauch stark erhöht ist, daß in solchen Fällen leicht eine ungenügende Oxydation zustande kommt, wodurch sich mangelhaft verbrannte, giftig wirkende Stoffwechselprodukte, besonders Säuren bilden, die die Zelle schließlich in ihrer Struktur schädigen.

In der Psychiatrie will man es heute nicht recht gelten lassen, daß durch rein funktionelle Schädigungen organische Veränderungen entstehen können. Und doch muß man zugeben, daß, wenn die Schädigungen nur lange genug dauern, selbst die Knochen sich deformieren, wie z. B. beim Plattfuß und beim Schulbuckel, oder daß die Blutgefäße sich sklerotisch verändern, wenn sie dauernd im Übermaß beansprucht werden, z. B. im rechten Arm des Schmieds. Und eine solche Veränderung soll bei der so empfindlichen Nervenzelle unmöglich sein? Jahrelang dauernde, durch Angst, Haß und Gereiztheit aufgepeitschte Gemütserschütterungen, die heftigsten psychischen Reizungen, die wir überhaupt kennen, sollen am unreifen kindlichen Gehirn spurlos vorübergehen? Einmal muß bei der dauernd übermäßig in Anspruch genommenen Nervenzelle der Zeitpunkt eintreten, wo die aufgebrauchten Reserven nicht mehr ersetzt werden, wo es zur Anhäufung von Zerfallsprodukten und schließlich

zur dauernden, irreversiblen Veränderung kommt. Liegt es nicht nahe, jene »chronische Zellsklerose«, die im Gehirn der Schizophrenen gefunden wird, auf diese Weise zu erklären?

Sei eine solche Hypothese nun richtig oder nicht, so ist an der durch die klinische Beobachtung festgestellten Bedeutung der hypopsychotischen Erregungszustände sicher nicht zu zweifeln. Sie spielen auch außerhalb des Schizophrenie-Problems in der Psychiatrie eine sehr große Rolle. Mag ihre Wurzel mehr auf endogener oder exogener Grundlage ruhen, so ist doch gewiß, daß ohne die Kenntnis ihrer Wirkung auf das Gehirn die physiologische Seite der Psychosen gar nicht richtig erfaßt werden kann. Diese Erregungszustände werden viel zu wenig beachtet. Wir sollten viel mehr, als dies heute geschieht, unseren Blick dafür schulen und üben. Wir müssen lernen, auch deren latente Symptome zu erkennen und sofort hygienische Vorkehrungen zu treffen, wenn eine gelegentliche affektive Explosion oder ein anhaltender seelischer Druck die in der Tiefe verborgene Überspannung verrät, oder wenn eine noch so leichte Charakterveränderung auf das mangelnde seelische Gleichgewicht des ängstlich-fleißigen Kindes hindeutet. Sogar unter einer erregten und erzwungenen Fröhlichkeit kann das Übel verborgen sein. Auch überall dort, wo ein seelischer Konflikt anfängt, einen aufgeregten und quälenden Charakter anzunehmen, handelt es sich bereits um einen krankhaften Erregungszustand. Wir sind viel zu sehr gewöhnt, solche Erkrankungen nur psychologisch zu beurteilen und zu behandeln. Allzu schnell ist man bereit, bei den Symptomen dieses ernsten Zustandes bei Jugendlichen von Auswirkungen der »Flegeljahre« zu sprechen. Die Diagnose darf aber nie versäumt werden, wo jene charakteristische Unfähigkeit zur Entspannung und zur Erholung besteht und wo schon deutliche Schlafstörungen eingetreten sind. Wenn bloße »Flegeleien« vorliegen, ist der Schlaf immer gut.

Eine besondere Stellung innerhalb des Schizophrenie-Problems nimmt der katatone Anfall ein. Daß hier eine akute organische Schädigung mitspielt, unterliegt wohl keinem Zweifel. Auf jeden Fall aber trifft ein solcher Anfall niemals ein vorher ganz gesundes Gehirn, wie es den Angehörigen manchmal scheint, sondern man findet stets die für die Schizophrenie typische Vorbereitung. Fast immer geht ihm eine mehrere Tage dauernde, heftige Steigerung der chronischen Erregung voraus, die in der Regel mit völliger Schlaflosigkeit verbunden ist. Könnte nicht dieser akute Erregungszustand vielleicht den Schlüssel zum Verständnis liefern? Im Lehrbuch der Physiologie von Bunge wird ein Experiment der Frau *de Manasseïne* erwähnt, wonach junge Hunde, wenn man sie dauernd am Schla-

fen hindert, schon nach 4—6 Tagen sterben; kapillare Blutungen und Ansammlung von weißen Blutkörperchen in der ganzen Hirnrinde deuten auf einen akuten Zerfalls- und Intoxikationsprozeß an den Rindenzellen. Eine Wiederholung dieses Experiments und mikroskopische Untersuchung mit den heutigen Methoden dürfte uns gerade in der Katatonie-Frage wichtige Aufschlüsse geben; denn in beiden Fällen handelt es sich doch um eine akute Zellzerstörung infolge einer schweren funktionellen Schädigung.

Eine interessante, offene Frage ist, ob nicht die organisch geschädigten Zellen und Zellausfälle im Gehirn einen ähnlichen chronischen Reizzustand schaffen, wie andere Hirnverletzungen, und ob nicht aus diesem Grunde in schwer geschädigten Fällen eine Tendenz zu weiterer Verschlimmerung besteht?

Die praktischen Schlußfolgerungen aus diesen Darlegungen ergeben sich von selbst. Der heute bestehende passive Fatalismus der Schizophrenie gegenüber darf nicht bestehen bleiben. Die bloße Übung und Aktivierung der von der schizophrenen Zerstörung übrig gebliebenen Kräfte genügt nicht, so wertvoll auch die Erfolge sind, die hier errungen wurden. Die Ursachen der Zerstörungen, soweit sie angreifbar sind, müssen bekämpft werden. In der Behandlung ist den beschriebenen hypopsychotischen Erregungszuständen, sowohl vor einem »Schub« als auch nachher, eine ganz besondere Sorgfalt zu widmen. Sie wurden bisher vernachlässigt, da auf diesen Kranken das falsche verallgemeinerte Dogma von der »angeborenen Konstitution« lastete und deshalb niemand es der Mühe wert hielt, sich ihrer ernstlich anzunehmen. Nur wenn sie im Leben völlig versagten, sich durch ihre Verstimmungen gänzlich unmöglich machten, würde ihnen die so notwendige Behandlung zuteil; aber sobald als möglich schickte man sie wieder hinaus ins feindliche Leben, dem sie so gar nicht gewachsen sind. Da diese Zustände, wenn sie in ärztliche Behandlung kommen, meist schon jahrelang bestanden haben, ist ihre Bekämpfung zwar schwer, aber keineswegs aussichtslos. Die vollständige Entfernung aus dem alten Milieu und das Versetzen in Verhältnisse, wo Verständnis, Liebe und Fürsorge ihrer wartet, ist eine Grundbedingung des Erfolges. Sich mit Ratschlägen an die Angehörigen zu begnügen, wäre meistens eine halbe und gefährliche Maßnahme, weil eben nicht dieses oder jenes Verhalten, sondern die ganze aufgeregte Persönlichkeit des Erziehers das Entscheidende ist. Selbst nach längerer Trennung genügt oft ein Besuch oder gar nur ein Brief aus der früheren Umgebung, um sofort eine Verschlimmerung der Krankheit auszulösen. Eine ausführliche Darlegung der Behandlung ist hier nicht am Platz.

Selbst bei vorgeschrittenen Fällen kann man manchmal noch auf Zustände Einfluß gewinnen, die bereits den Charakter regelmäßiger Periodizität angenommen haben, wenn man nur mit der nötigen Sorgfalt die in der Zwischenzeit noch bestehenden hypopsychotischen Erregungen beachtet und behandelt. Wir beobachten zurzeit eine Kranke, die vor $3^1/_2$ Jahren zum erstenmal einen katatonischen Anfall bekam, der sich bis vor einem Jahr schon siebenmal wiederholte. Seitdem wir die vorhandene übermäßige Erregbarkeit und Erregtheit behandeln, indem wir eine äußerst schonende Lebensweise durchführen, die Kranke bei drohender Steigerung der Symptome sofort ins Bett stecken und ihr Schlafmittel geben, ist nun ein Jahr lang kein Anfall mehr aufgetreten.

Auch nach der Entlassung aus der Anstalt dürfen die Kranken unter keinen Umständen in die alten Verhältnisse zurückkehren, in denen die Erregung sich entwickelt hat, da sonst sofort Rückfälle entstehen. Noch jahrelang nachher sollten sie unter ärztlicher Aufsicht stehen, da sie bei der meist fortbestehenden Anfälligkeit immer wieder gegen zu große Anforderungen, die das Leben an sie stellt, geschützt werden müssen. Ganz besonderes Gewicht ist auf die Auswahl verständiger und ruhiger Arbeitgeber zu legen. Ein aufgeregter Bürochef oder eine gereizte Hausfrau beanspruchen und vergeuden nutzlos so viele seelische Kräfte, daß solche Rekonvaleszenten dies niemals aushalten könnten. Regelmäßige Ruhepausen, die die Arbeitszeit unterbrechen, besonders ausgiebiges Abliegen nach dem Mittagessen, ist eine der wichtigsten Vorschriften, die das ganze Leben lang befolgt werden sollte.

Das allerwichtigste ist aber die Verhütung: Sind einmal die beschriebenen Ursachen als solche von der Psychiatrie anerkannt, dann erwächst ihr als vornehmste Pflicht die Aufgabe, Vorkämpferin zu sein für eine verfeinerte und veredelte Erziehung, und sie wird mit dieser wohlbegründeten hygienischen Forderung zugleich sich verdient machen um einen der schönsten Fortschritte unserer Kultur.

Zur Frage der Aetiologie der katatonischen Kontrakturen [1]).

Von

Johann Susmann Galant, Moskau.

Katatonische Kontrakturen sind keine seltene Erscheinung. Das habe ich schon in meiner Arbeit: »Über katatonische Kontrakturen« [2]) hervorgehoben, und meine weiteren Beobachtungen geben mir in diesem Punkte Recht. Seit der Veröffentlichung meiner oben erwähnten Arbeit hatte ich wieder die Gelegenheit neue Fälle von katatonischer Kontraktur zu beobachten, und zwar in der gleichen Irrenanstalt Gedeonowka auf der gleichen Abteilung — im Lazarett.

Der eine Fall ist eine sehr seltene Kontraktur der Wirbelsäule in Form einer nicht ganz gewöhnlichen, bei organischen Erkrankungen der Wirbelsäule in dieser Weise kaum je vorkommenden Kyphoskoliose. Eine ausführliche Beschreibung dieses Falles (Pat. S—sky) erscheint in »Archiv für Psychiatrie«, weshalb ich die Schilderung des Falles hier unterlasse. Ich gebe nur hier eine allgemeine kurze Beschreibung der sehr originellen Haltung des Pat. S—sky, die er infolge der Wirbelsäulekontraktur immer behalten muß. Infolge einer starken Knikkung der Wirbelsäule in der Gegend der Lendenwirbel ist der Rumpf nach hinten rechts gebeugt, wobei Pat. diese seine sehr unbequeme, schwer zu behaltende Haltung durch Hebung der Schulter bei den in den Ellenbogen gebeugten nach oben geworfenen an die Brust gedrückten Armen stützt. Pat. steht mit in den Knien geknickten Beinen, die Füße nach vorn vorgerückt, Brust und Bauch bilden eine mit Bezug auf die Beine abschüssige Fläche. Die Wirbelsäule ist skoliotisch gekrümmt, die Kyphose ist hauptsächlich rechts ausgesprochen. Pat. behält diese seine Haltung ununterbrochen schon über drei Monate.

Der zweite Fall ist Pat. Kowalyschkin. K. ist ein Fall von

---

[1]) Aus der Provinzialirrenanstalt Gedeonowka bei Smolensk.

[2]) *Galant, J. S.* »Über katatonische Kontrakturen«. Mschrift für Psychiatrie. Bd. 72. S. 68ff. 1929.

chronischer Katatonie, die soweit vorgerückt ist, daß Pat. für das Leben außerhalb der Anstalt nicht mehr geeignet ist und er, obwohl er schon mehrmals aus der Irrenanstalt entlassen wurde, doch wieder Insasse der Irrenanstalt ist. Er ist 32 Jahre alt, ledig, Bauer, Russe. Vor einigen Jahren stand er vor Gericht wegen der Auszahlung von Alimenten für ein außerehelich gezeugtes Kind. Er wurde freigesprochen, da er schon damals den Eindruck eines Geisteskranken machte. Zurzeit bietet er folgendes Bild:

Pat. ist ruhig, mutistisch - stumm, sitzt immer in einer charakteristischen katatonischen Pose am Tisch mit auf die Brust gesenktem Kopf und scheint für die Umgebung auch nicht das kleinste Interesse zu haben. Ist unsauber, läßt Harn unter sich, näßt das Bett. Körperlich ist Pat. etwas mager, aber kräftig; von körperlichen Defekten ist nur eine starke Atrophie des linken, blinden Auges zu vermerken. Reflexe etwas gesteigert. Der Tonus der Muskulatur scheint auch etwas gesteigert zu sein, hauptsächlich wegen des aktiven Widerstandes des Pat. bei passiven Bewegungen. Appetit und Schlaf sind nicht gestört.

Letzte Zeit fiel Pat. dadurch auf, daß er genau die gleiche kyphoskoliotische Haltung einimmt, wie Pat. S—sky. Pat. selbst gibt natürlich nicht an, weshalb er diese eigenartige Haltung einzunehmen begonnen hat. Alles Fragen und Nachfragen ist eitles Unternehmen, da Pat. hartnäckig sein Schweigen bewahrt. Es ist aber nicht schwer zu erraten, daß wir es mit einer genauen Nachahmung der gleichen Haltung bei Pat. S—sky zu tun haben, umsomehr als beide Pat. sich auf der gleichen Abteilung befinden. Nur in einem ganz kleinen Detail unterscheidet sich die Haltung beider Pat.: S—sky hält die Arme nebeneinander auf die Brust gedrückt, K. hingegen hält die nach oben geworfenen Arme gekreuzt auf der Brust.

Die kyphoskoliotische Haltung des Katatonikers K. ist also eine induzierte Haltung, eine Haltung, die bis zum gewissen Grade vom Willen unterstützt und genährt wird. Allerdings muß es sich um einen eigenartigen »Willen« handeln, der allein an sich, so eigenartig er auch sein mag, die katatonische Kyphoskoliose zu bewerkstelligen und dann immer andauernd zu behalten kaum je im Stande wäre. So eine außerordentlich schwer zu behaltende Haltung, wie es die kyphoskoliotische Haltung ist, könnte nur dann vom Willen unterstützt werden, wenn in der Körpermuskulatur und in der Innervation derselben eine für das Einnehmen ähnlicher katatonischer Haltungen gewisse Bereitschaft vorhanden ist. Ohne diese katatonische Bereitschaft für Kontrakturen ist das Zustandekommen katatonischer Kontrakturen kaum vorstellbar. Für die Entwicklung einfacher hysteri-

scher Symptome, wie z. B. des hysterischen Tremors, ist außer dem »hysterischen Willen« noch das Vorhandensein eines »Zitterreflexes«, der vom Willen aus verstärkt und dann später unterhalten wird, nötig. Bei der Entwicklung katatonischer Kontrakturen ist in Fällen, wo der »katatonische Wille« daran teilnimmt, das Vorhandensein der katatonischen Bereitschaft nötig. Worin diese katatonische Bereitschaft besteht, ist mit ganz genauer Sicherheit zu sagen nicht möglich. Es muß sich um gewisse idiopathische Eigenschaften der Muskulatur (Tonusänderung, Änderung der Tiefensensibilität usw.) handeln, die bis zum gewissen Grade unter pathologischen Einflüssen des ZNS. (das extrapyramide System?) stehen mögen.

Jedenfalls scheint sich der Kreis der aetiologischen Momente, die zu katatonischen Kontrakturen führen, zu erweitern. Auf das »hysterische« Moment, das bei katatonischen Kontrakturen eine Rolle spielen mag, habe ich schon in meiner ersten Arbeit über katatonische Kontrakturen hingewiesen. Der hier angeführte Fall spricht bestimmt eindeutig dafür, daß in manchen Fällen dem »funktionellen« Momente bei der Entwicklung mancher katatonischer Kontrakturen schier nicht der Löwenanteil gehört.

Jahresbericht über die Tätigkeit der (Provinzial-)Fürsorgestelle für Nerven- und Gemütskranke zu Bonn für die Jahre 1927—1928 und 1928—1929 [1]).

Von

Oberarzt Dr. **Recktenwald**-Bonn a. Rh.

Dieser Bericht hält sich nach Möglichkeit an das vorgeschlagene Schema des Jahresberichtes über die Offene Fürsorge in Baden.

I. Allgemein organisatorischer Bericht.

1. Arbeitsgebiet.

Das Gebiet der Fürsorgestelle Bonn deckt sich seit dem 1. 4. 1928 völlig mit dem Aufnahmegebiet der Prov. Heil- und Pflegeanstalt Bonn. Es umspannt den Regierungsbezirk Köln mit Ausnahme der Kreise Mülheim-Land und Bergheim, dazu den Kreis Altenkirchen vom Regierungsbezirk Koblenz, eine Gesamtfläche von 3881,55 qkm mit einer Bewohnerzahl von rund 1400000 Bewohnern; darin sind die kreisfreien Städte Köln mit rund 732000 und Bonn mit über 90000 Einwohnern und 9 Landkreise enthalten. Seit dem 1. Bericht über die Fürsorgestelle ist der Landkreis Mülheim als Aufnahmegebiet der Anstalt Galkhausen überwiesen worden und von der Fürsorgestelle abgetrennt worden. In den Landkreisen ist inzwischen die Fürsorge teils endgültig geregelt, teils erst eingeführt worden.

2. Fürsorgepersonal.

Soweit es sich um hauptamtliche Kräfte handelt, ist das Fürsorgepersonal nicht vermehrt worden. Es besteht aus einem Oberarzt, 2 Fürsorgepflegern, von denen einer vorwiegend als Bureauleiter, einer als Fahrer der Fürsorgeautos tätig ist, 2 Fürsorgepflegerinnen; dieser Teil des Personals hat seinen Wohn- und Dienstsitz in Bonn. Dazu kommt eine Spezialfürsorgerin beim Wohlfahrtsamt Köln und ein Pfleger der Anstalt Bonn, der die Arbeitskolonne auf dem städt. Gut Groß-Lachem bei Köln führt.

3. Arbeitsmethodik.

In der Stadt Köln wird die Fürsorge im wesentlichen nach dem Erlangersystem durch die 2 Fürsorgepflegerinnen von Bonn aus mit Ergänzung durch die Spezialfürsorgerin in Köln betrieben, und zwar ausschließlich als

---

[1]) Vgl. *Max Raether:* Ein Jahr »Offene Fürsorge« in Bonn. Psych.-neurol. Wochenschrift 1927, Nr. 22.



Entlassenenfürsorge. Die von Prof. *Kurt Schneider* inaugurierte Trennung der Arbeitsgebiete, wonach die Prov. Fürsorgestelle als selbständiger Teil der von ihm eingerichteten Nervösenfürsorge der Stadt Köln alle aus Anstalten für Geisteskranke, Schwachsinnige und Epileptische Entlassene betreut, hat sich durchaus bewährt. Die Erfassung der Entlassenen geschieht, wie im ganzen Fürsorgegebiet, durch regelmäßige wöchentliche bzw. zweiwöchentliche Meldungen der zwei hauptsächlich in Betracht kommenden Prov. Heil- und Pflegeanstalten Bonn und Galkhausen und der charitativen Heil- und Pflegeanstalt der Alexianer zu Ensen bei Köln und durch Meldungen von Fall zu Fall von seiten der übrigen öffentlichen und charitativen Anstalten der Rheinprovinz.

Ein kleinerer Teil der von der Fürsorgestelle in der Stadt Köln betreuten Entlassenen wird zur Entlastung der Spezialfürsorgerinnen nach individueller Auswahl der allgemeinen Familienfürsorge zur nachgehenden Versorgung überwiesen; ihr werden außerdem zur Orientierung und gelegentlichen Mitbetreuung allmonatlich namentliche Meldungen über alle Zugänge zugestellt. Ein jährlicher Fortbildungskurs für die Familienfürsorgerinnen hält außerdem den Connex zwischen der Fürsorgestelle für Nerven- und Gemütskranke Bonn und der allgemeinen Familienfürsorge und den Wohlfahrtsbeamten der Stadt Köln besonders aufrecht.

Die Abgrenzung gegen die Trinkerfürsorge erfolgt in der Weise, daß für alle in Anstalten untergebracht gewesenen Trinker nur für die Zeit, in der sie versuchsweise entlassen (»beurlaubt«) sind (3 Monate), die (Prov.-)Fürsorgestelle für Nerven- und Gemütskranke in erster Linie zuständig ist, nachher die Trinkerfürsorgestelle; nur für besonders namhaft gemachte Fälle bleibt die Nervösenfürsorgestelle dauernd zuständig.

In der Stadt Bonn (und im Landkreis Bonn) betreibt die Fürsorgestelle allgemeine Geisteskranken- und Psychopathen-Fürsorge, mit Ausnahme der Fürsorge für jugendliche seelisch Abnorme, die vom Univ.-Institut für gerichtliche und soziale Medizin zu Bonn versehen wird, das auch in diesem Bezirk die ärztliche Trinkerfürsorge mit ausübt; für die aus Anstalten entlassenen Trinker ist die gleiche Regelung wie in Köln getroffen. Die nachgehende Fürsorge wird in der Stadt Bonn außer durch den Fürsorgearzt im wesentlichen durch die städt. Familienfürsorgerinnen unter gelegentlicher Ergänzung durch unser Spezialfürsorgepersonal a geübt.

In den Landkreisen wird dieses System noch ausschließlicher angewandt und die nachgehende Fürsorge den Kreisfürsorgerinnen (und Kreisgemeindeschwestern, wo solche vorhanden sind) überlassen, abgesehen von der Tätigkeit des Fürsorgearztes. Für sie fand im Jahre 1928 in der Prov. Heil- und Pflegeanstalt Bonn noch ein Lehrgang statt.

Am besten illustriert die Arbeitsmethodik wohl die folgende Abschrift eines Merkzettels, der allen zu Betreuenden oder deren Angehörigen bei der Entlassung aus der Anstalt bzw. bei der Erfassung zur Fürsorge übergeben wird und der zugleich als Anschlagszettel dient.

Provinzial-Fürsorgestelle für Nerven- und Gemütskranke zu Bonn, Kölnstr. 208.

Die Fürsorgestelle ist der Prov. Heil- und Pflegeanstalt angeschlossen. In erster Linie will sie die aus Anstalten Entlassenen weiter betreuen,

um dadurch frühzeitige Entlassung zu ermöglichen, Wiedereingliederung ins Familien- und Erwerbsleben zu begünstigen und Rückfällen vorzubeugen. Darüber hinaus soll die Fürsorgestelle für erwachsene und jugendliche Nerven- und Gemütskranke überhaupt die rechtzeitige und richtige Anbahnung von Anstaltskuren und anderen Wohlfahrtsmaßregeln sicherstellen helfen; besonders berücksichtigt wird dabei auch die Möglichkeit der Versorgung solcher Kranken in den eigenen oder in fremden Familien, Heimen und dergl. unter dem Schutze der Fürsorgestelle.

Die Fürsorgestelle sucht ihre Ziele in Verbindung mit den zuständigen Gesundheits- und Wohlfahrtsämtern zu erreichen. Der Fürsorgearzt, ein Facharzt für Nerven- und Gemütskranke aus der Prov. Heil- und Pflegeanstalt Bonn, hält regelmäßige Beratungsstunden ab; in diesen Beratungsstunden können die Leidenden selbst und deren Angehörige und gesetzlichen Vertreter, die zuständigen Behörden, Ärzte, Pfarrer, Lehrer, Vorstände der charitativen Vereine usw. unentgeltlich Rat und Mithilfe in allen einschlägigen Fragen beanspruchen; eigentliche ärztliche Behandlung findet aber nicht in ihnen statt. Außerdem betreuen hierzu eigens geschulte Fürsorgerinnen durch Hausbesuche im Sinne der Familienfürsorge die genannten Leidenden; der Fürsorgearzt beteiligt sich in geeigneten Fällen daran.

Beratungsstunden finden statt:

Für Bonn-Stadt:	Jeden Donnerstag von 9—11 im städt. Gesundheitsamt, Franziskanerstr. 9.
Für Köln-Stadt:	Montags und Mittwochs nachm. von 4—6 Uhr im Bürgerhospital, Baracke IV Eingang Ecke Sternengasse (»Fürsorge für Nervöse, Sprechstunde Bonn«; nur für schon in Anstalten Gewesene!) Außerdem ist tägl. vormittags von 8—9 die Spezialfürsorgerin für Nervöse zu treffen: Köln, Casinostr. 3.
Für Kreis Altenkirchen:	Am 3. Freitag jeden Monats. In den geraden Monaten in Altenkirchen vorm. 10 Uhr im Kreiswohlfahrtsamt und in Wissen nachm. 2 1/2 Uhr im Bürgermeisteramt. In den ungeraden Monaten in Betzdorf, vorm. 10 Uhr im Wohlfahrtsamt, Blücherstr. 17.
Für Kreis Bonn-Land:	Am 2. Dienstag jeden Monats nachm. 3 Uhr im Kreisgesundheitsamt zu Bonn, Bachstraße 62/64.
Für Kreis Euskirchen:	Am 1. Freitag jeden Monats vorm. 9—11 Uhr im Kreisgesundheitsamt.
Für Kreis Gummersbach:	Am 4. Freitag im März, Juni, September, Dezember zu Nümbrecht, Dieringhausen, Bergneustadt und Gummersbach; näheres wird regelm. vom Kreiswohlfahrtsamt bekannt gemacht.
Für Köln-Land:	Am 2. Montag jeden Monats nachm. 2 1/2 Uhr im Kreisgesundheitsamt zu Köln, St. Apernstraße 21.

Tabelle 1 a. Die Bewegung der Fürsorgepfleglinge

	Bestand am Jahresbeginn 1. 4. 1927			Zugang			Abgang			Bestand am Jahresende 31. 3. 1928		
	M.	Fr.	zus.	M.	Fr.	zus.	M.	Fr.	zus.	M.	Fr.	zus.
Stadt Bonn	97	106	203	68	76	144	10	11	21	155	171	326
Stadt Köln	221	194	415	229	154	383	25	15	40	425	333	752
Kreis Altenkirchen	—	—	—	1	—	1	—	—	—	1	—	1
Kreis Bonn-Land	15	22	37	34	30	64	4	2	6	45	50	95
Kreis Euskirchen	6	5	11	51	34	85	2	2	4	55	37	92
Kreis Gummersbach	—	—	—	13	8	21	—	—	—	13	8	21
Kreis Köln-Land	5	3	8	25	32	57	2	—	2	28	35	63
Kreis Rheinbach	—	—	—	21	19	40	2	—	2	19	19	38
Kreis Sieg (Siegburg)	16	15	31	76	95	171	6	9	15	86	101	187
Kreis Waldbröl	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Kreis Wipperfürth	—	—	—	1	—	1	—	—	—	1	—	1
Insgesamt	360	345	705	519	448	967	51	39	90	828	754	1582
Davon in aktiver Fürsorge	308	290	598	—	—	—	—	—	—	690	574	1264
„ „ latenter Fürsorge	—	—	—	—	—	—	—	—	—	39	53	92
„ „ Anstalten	52	55	107	—	—	—	—	—	—	99	127	226

	Bestand am Jahresbeginn 1. 4. 1928			Zugang			Abgang			Bestand am Jahresende 31. 3. 1929		
	M.	Fr.	zus.	M.	Fr.	zus.	M.	Fr.	zus.	M.	Fr.	zus.
Stadt Bonn	155	171	326	72	77	149	10	17	27	217	231	448
Stadt Köln	425	333	758	266	198	464	17	16	33	674	515	1189
Kreis Altenkirchen	1	—	1	78	93	171	—	1	1	79	92	171
Kreis Bonn-Land	45	50	95	39	35	74	9	3	12	75	82	157
Kreis Euskirchen	55	37	92	35	34	69	5	4	9	85	67	152
Kreis Gummersbach	13	8	21	36	48	84	—	2	2	49	54	103
Kreis Köln-Land	28	35	63	26	41	67	3	1	4	51	75	126
Kreis Rheinbach	19	19	38	23	29	52	1	—	1	41	48	89
Kreis Sieg	86	101	187	75	76	151	9	12	21	152	165	317
Kreis Waldbröl	—	—	—	2	8	10	—	—	—	2	8	10
Kreis Wipperfürth	1	—	1	83	94	177	1	—	1	83	94	177
Insgesamt	828	754	1582	735	733	1468	55	56	111	1508	1431	2939
Davon in aktiver Fürsorge	690	574	1264	—	—	—	—	—	—	1174	1052	2226
„ „ latenter Fürsorge	39	53	92	—	—	—	—	—	—	146	168	314
„ „ Anstalten	99	127	226	—	—	—	—	—	—	188	211	399

Tabelle 1 b. Übersicht nach Psychosenformen

	Bestand am Jahresbeginn 1. 4. 1927			Zugang			Abgang			Bestand am Jahresende 31. 3. 1928		
	M.	Fr.	zus.	M.	Fr.	zus.	M.	Fr.	zus.	M.	Fr.	zus.
1. Man.-depr. Formenkreis	16	65	81	27	80	107	—	5	5	43	140	183
2. Schizophrener Formenkreis und Amentielle Psychosen	94	120	214	108	111	219	12	5	17	190	226	416
3. Paranoia	—	—	—	3	3	6	1	2	3	2	1	3
4. Epilepsie	37	29	66	54	44	98	8	4	12	83	69	152
5. Angeborener Schwachsinn	27	26	53	63	40	103	3	2	5	87	64	151
6. Alkoholismus	46	8	54	81	10	91	1	2	3	126	16	142
7. Psychopathie und psychopathische Reaktionen	52	16	68	39	25	64	3	1	4	88	40	128
8. Hysterie und Neurosen	11	16	27	26	38	64	1	5	6	36	49	85
9. Arteriosclerot. u. senile Geistesstörungen	18	27	45	36	37	73	14	7	21	40	57	97
10. Paralyse u. andere metaluische Erkrankungen	57	22	79	55	28	83	5	6	11	107	44	151
11. Postenzephalitische Zustände	5	6	11	12	6	18	1	—	1	16	12	28
12. Andere organische Gehirnkrankheiten	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
13. Sonstiges	5	2	7	15	26	41	2	—	2	18	28	46
darunter Morphinismus	5	2	7	1	—	1	1	—	1	5	2	7

	Bestand am Jahresbeginn 1. 4. 1928			Zugang			Abgang			Bestand am Jahresende 31. 3. 1929		
	M.	Fr.	zus.	M.	Fr.	zus.	M.	Fr.	zus.	M.	Fr.	zus.
1. Man.-depr. Formenkreis	43	140	183	38	119	157	5	13	18	76	246	322
2. Schizophrener Formenkreis und Amentielle Psychosen	190	226	416	110	165	275	12	14	26	288	377	665
3. Paranoia	2	1	3	6	5	11	—	—	—	8	6	14
4. Epilepsie	83	69	152	91	66	157	5	2	7	169	133	302
5. Angeborener Schwachsinn	87	64	151	86	78	164	2	3	5	171	139	310
6. Alkoholismus	126	16	142	60	13	73	4	1	5	182	28	210
7. Psychopathie und psychopathische Reaktionen	88	40	128	82	58	140	3	4	7	167	94	261
8. Hysterie und Neurosen	36	49	85	34	68	102	—	4	4	70	113	183
9. Arteriosclerot. u. senile Geistesstörungen	40	57	97	56	40	96	10	11	21	86	86	172
10. Paralyse u. andere metaluische Erkrankungen	107	44	151	74	27	101	10	2	12	171	69	240
11. Postenzephalitische Zustände	16	12	28	23	13	36	—	—	—	39	25	64
12. Andere organische Gehirnkrankheiten	—	—	—	22	6	28	—	—	—	22	6	28
13. Sonstiges	18	28	46	53	75	128	4	2	6	67	101	168
darunter Morphinismus	5	2	7	6	7	13	1	—	1	10	9	19

Tabelle 2. Die Zugänge der Fürsorge 1927/1928

	Männer	Frauen	zusammen
a) Art des Zuganges:			
Anstaltsentlassene			
aus Anstalt Bonn	320	296	616
aus Anstalt Galkhausen	12	13	25
aus Anstalt Ensen	64	—	64
aus anderen Anstalten	15	15	30
Amtlich Zugewiesene	88	104	192
Freiwillige	16	24	40
zusammen	515	452	967
b) Art der Unterbringung beim Zugang in die Fürsorge:			
Bei Angehörigen	506	440	946
In Arbeitsstelle	3	3	6
Sonstiges (Heime usw.)	6	9	15
zusammen	515	452	967

Die Zugänge der Fürsorge 1928/1929

	Männer	Frauen	zusammen
a) Art des Zuganges:			
Anstaltsentlassene			
aus Anstalt Bonn	252	257	509
aus Anstalt Galkhausen	30	55	85
aus Anstalt Ensen	81	—	81
aus anderen Anstalten	43	36	79
Amtlich Zugewiesene	222	257	479
Freiwillige	107	128	235
zusammen	735	733	1468
b) Art der Unterbringung beim Zugang in die Fürsorge:			
Bei Angehörigen	721	710	1431
In Arbeitsstelle	6	2	8
Sonstiges (Heime usw.)	8	21	29
zusammen	735	733	1468

Tabelle 3. Die Abgänge der Fürsorge 1927/1928

	Männer	Frauen	zusammen
Gestorben	30	20	50
Verzogen	21	19	40
Fürsorge abgelehnt	—	—	—
Aufnahmen in die Anstalt	117	120	237
zusammen	168	159	327

Die Abgänge der Fürsorge 1928/1929

	Männer	Frauen	zusammen
Gestorben	26	31	57
Verzogen	28	25	53
Fürsorge abgelehnt	1	1	2
Aufnahmen in die Anstalt	159	141	300
zusammen	214	198	412

Für Kreis Rheinbach: Am 1. Montag jeden Monats: in den geraden Monaten vorm. 9 Uhr bis 11 Uhr im Kreisgesundheitsamt zu Rheinbach, in den ungeraden Monaten vorm. 10 Uhr im Jugendheim zu Münstereifel.

Für Kreis Sieg (Siegburg): Am 2. Freitag jeden Monats vorm. 9—11 Uhr im Kreisgesundheitsamt zu Siegburg, Wilhelmstr. 66.

Für Kreis Waldbröl: Am 1. Dienstag eines jeden Vierteljahres vorm. 10 Uhr im Kreisgesundheitsamt zu Waldbröl.

Für den Kreis Wipperfürth: Am 4. Freitag im 1. und 2. Monat eines jeden Vierteljahres, abwechselnd bei den einzelnen Kreiswohlfahrtsstellen nach jedesmaliger Bekanntmachung.

Das Bureau der Fürsorgestelle zu Bonn Kölnstr. 208 (Prov. Heil- und Pflegeanstalt) ist täglich von $8^1/_2$—$12^1/_2$ und von $2^1/_2$—$6^1/_2$ Uhr geöffnet.

Der Fürsorgearzt ist am Sitz der Fürsorgestelle Dienstag und Samstag in der Regel vorm. 10 Uhr zu treffen.

Telefonisch ist die Fürsorgestelle unter Bonn 2678 zu erreichen (oder durch Telefon der Prov. Heil- und Pflegeanstalt).

4. Finanzielle Auswirkung.

Ein besonderer Etat ist bisher für die Fürsorgestelle nicht aufgestellt. Die Ausgaben sind durch die Gehälter für einen Oberarzt, 2 (3) Fürsorgepfleger, 2 Fürsorgepflegerinnen, 1 Spezialfürsorgerin, die Unterhaltung eines Personenautos, Tagegelder mit Reisekosten, Telefon und Bureaukosten gegeben. Überschläglich handelt es sich im Jahre 1928—1929 um eine Summe von 34000 RM., die in verschiedenen Etats u. Etatstiteln

Tabelle 4 a

Die Anstaltsaufnahmen aus der Fürsorge 1927/1928

Psychosen-Formen	Gesamt			einmal			zwei oder mehrmals			In der Fürsorge hatten sich befunden											
										unter 1 Woche			1—12 Wochen			1/4—1 Jahr			über 1 Jahr		
	M.	Fr.	zus.	M.	Fr.	zus.	M.	Fr.	zus.	M.	Fr.	zus.	M.	Fr.	zus.	M.	Fr.	zus.	M.	Fr.	zus.
1. Man.-depr. Formenkreis	8	29	37	7	25	32	1	4	5	—	2	2	5	13	18	2	12	14	1	2	3
2. Schizophrener Formenkreis u. Amentielle Psychosen	33	26	59	31	23	54	2	3	5	2	3	5	11	6	17	14	11	25	6	6	12
3. Paranoia	1	—	1	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—
4. Epilepsie	9	16	25	8	14	22	1	2	3	—	—	—	2	4	6	4	9	13	3	3	6
5. Angeborener Schwachsinn	9	11	20	8	9	17	1	2	3	1	2	3	4	5	9	3	2	5	1	2	3
6. Alkoholismus	23	6	29	20	4	24	3	2	5	—	1	1	9	2	11	14	2	16	—	1	1
7. Psychopathie u. psychopathische Reaktionen	11	4	15	10	4	14	1	—	1	—	—	—	2	2	4	7	1	8	2	1	3
8. Hysterie u. Neurosen	1	4	5	1	3	4	—	1	1	—	—	—	1	1	2	—	3	3	—	—	—
9. Arteriosklerotische u. senile Geistesstörungen	6	13	19	6	12	18	—	1	1	2	2	4	2	3	5	2	7	9	—	1	1
10. Paralyse u. andere metaluische Erkrankungen	14	9	23	11	8	19	3	1	4	—	—	—	4	2	6	8	6	14	2	1	3
11. Postencephalitische Zustände	1	2	3	1	2	3	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	2	2	—	—	—
12. Andere organische Gehirnkrankheiten	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
13. Sonstiges	1	—	1	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—
darunter Morphinismus	1	—	1	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—

Die Anstaltsaufnahmen aus der Fürsorge 1928—1929

Psychosen-Formen	Gesamt			einmal			zwei- oder mehrmals		
	M.	Fr.	zus.	M.	Fr.	zus.	M.	Fr.	zus.
1. Man.-depr. Formenkreis	6	40	46	5	36	41	1	4	5
2. Schizophrener Formenkreis u. Amentielle Psychosen	51	53	104	43	43	86	8	10	18
3. Paranoia	1	3	4	—	3	3	1	—	1
4. Epilepsie	9	9	18	9	7	16	—	2	2
5. Angeborener Schwachsinn	10	9	19	9	7	16	1	2	3
6. Alkoholismus	27	3	30	23	3	26	4	—	4
7. Psychopathie u. psychopathische Reaktionen	12	4	16	7	4	11	5	—	5
8. Hysterie u. Neurosen	2	4	6	2	4	6	—	—	—
9. Arteriosklerotische u. senile Geistesstörungen	9	7	16	8	6	14	1	1	2
10. Paralyse u. andere metaluische Erkrankungen	24	6	30	23	6	29	1	—	1
11. Postencephalitische Zustände	3	—	3	3	—	3	—	—	—
12. Andere organische Gehirnkrankheiten	1	2	3	1	2	3	—	—	—
13. Sonstiges	4	1	5	2	1	3	2	—	2
darunter Morphinismus	4	1	5	2	1	3	2	—	2

Psychosen-Formen	In Fürsorge hatten sich befunden: unter 1 Woche			1—12 Wochen		
	M.	Fr.	zus.	M.	Fr.	zus.
1. Man.-depr. Formenkreis	—	3	3	2	15	17
2. Schizophrener Formenkreis u. Amentielle Psychosen	2	1	3	12	25	37
3. Paranoia	—	—	—	1	1	2
4. Epilepsie	—	1	1	3	1	4
5. Angeborener Schwachsinn	—	—	—	5	1	6
6. Alkoholismus	1	—	1	13	2	15
7. Psychopathie u. psychopathische Reaktionen	—	2	2	6	—	6
8. Hysterie u. Neurosen	—	—	—	—	1	1
9. Arteriosklerotische u. senile Geistesstörungen	—	1	1	1	2	3
10. Paralyse u. andere metaluische Erkrankungen	1	—	1	9	4	13
11. Postencephalitische Zustände	—	—	—	1	—	1
12. Andere organische Gehirnkrankheiten	—	—	—	—	1	1
13. Sonstiges	—	—	—	1	—	1
darunter Morphinismus	—	—	—	1	—	1

Psychosen-Formen	In Fürsorge hatten sich befunden: $^3/_4$—1 Jahr			Über 1 Jahr		
	M.	Fr.	zus.	M.	Fr.	zus.
1. Man.-depr. Formenkreis	2	12	14	2	10	12
2. Schizophrener Formenkreis u. Amentielle Psychosen	18	13	31	19	14	33
3. Paranoia	—	1	1	—	1	1
4. Epilepsie	5	4	9	1	3	4
5. Angeborener Schwachsinn	3	6	9	2	2	4
6. Alkoholismus	10	—	10	3	1	4
7. Psychopathie u. psychopathische Reaktionen	4	1	5	2	1	3
8. Hysterie u. Neurosen	1	2	3	1	1	2
9. Arteriosklerotische u. senile Geistesstörungen	6	2	8	2	2	4
10. Paralyse u. andere metaluische Erkrankungen	7	—	7	7	2	9
11. Postencephalitische Zustände	1	—	1	1	—	1
12. Andere organische Gehirnkrankheiten	1	1	2	—	—	—
13. Sonstiges	3	—	3	—	1	1
darunter Morphinismus	3	—	3	—	1	1

steckt. Auf den einzelnen Betreuungsfall (2939 Endbestand + 110 Abgänge) beläuft sich die jährliche Aufwendung also auf etwa 11 RM., eine Summe, die sich an der unteren Grenze des für ähnliche Einrichtungen Üblichen hält.

II. Statistik der Bewegung der Fürsorgepfleglinge.

Die Gesamtzahl der Jahresentlassungen aus der Anstalt Bonn abzüglich der Todesfälle und Überführungen in andere Anstalten betrug:

1927—1928 = 775 Männer 691 Frauen, zus. 1466;
1928—1929 = 577 Männer 586 Frauen, zus. 1163.

(mehrere Monate Typhussperre!). Nicht enthalten sind in diesen Zahlen die nur »beurlaubt« Gewesenen.

In Fürsorge genommen wurden im Jahre 1928—1929 alle in den Aufnahmebezirk Entlassenen, die aber zum Teil aus andeeren Anstalten stammen, wie Tabelle 2 erkennen läßt, während andererseits ein nicht unerheblicher Teil der aus der Anstalt Bonn Entlassenen außerhalb des Fürsorgebezirks wohnt, was dem Einfluß der Psychiatrischen Kliniken Bonn und Köln als Anziehungspunkten für die ganze Rheinprovinz und darüber hinaus zuzuschreiben ist.

III. Fürsorgeleistungen.

1. Nachgehende Fürsorge:

Die Zahl der Besuche des Fürsorgearztes bei Pfleglingen betrug
1927—1928 989
Besuche bei Behörden und sonstige dienstliche Gänge 275
Für 1928—1929 lauten die Zahlen:
Besuche bei Pfleglingen 1023
Besuche bei Behörden und sonstige dienstliche Gänge 336
Das Fürsorgepersonal machte 1927—1928 4090
Pfleglingsbesuche, wozu 289
sonstige dienstliche Gänge kamen;
1928—1929 3003
Pfleglingsbesuche und 340
sonstige dienstliche Gänge.

Die geringere Zahl der Pfleglingsbesuche 1928—1929 gegenüber 1927—1928 erklärt sich aus der stärkeren Inanspruchnahme des Personals für sonstige Aufgaben infolge Erweiterung der Fürsorge und die strenger durchgeführte Überlassung der nachgehenden Fürsorge in der Stadt Bonn und in den Landkreisen an die Familienfürsorgerinnen. Die letztere Tatsache macht sich dadurch bemerkbar, daß die Besuche der Kreis- und Familienfürsorgerinnen, die ausschließlich im Dienst der Fürsorge für Nerven- und Gemütskranke gemacht wurden, 1927/1928 . . . . 756 betrugen, während 1928/1929 rund . . . . 3300 solcher Besuche nachweisbar waren, ohne die besonderen dienstlichen Gänge, die im Interesse der Fürsorge für Nerven- und Gemütskranke von ihnen gemacht wurde.

2. Bericht über Fürsorgestelle und Beratungsstunden.

Das Briefjournal der Fürsorgestelle registrierte

1927/1928 1059
1928/1929 1327

Das Fürsorgeauto legte 1927/1928 . . . . 10000 km
1928/1929 . . . . , 14000 km
im Dienste zurück.

Die Fürsorgestelle hat ein eigenes Telefon und kann das Anstaltstelefon mitbenutzen.

Die jährliche Zahl der auswärtigen ärztlichen Beratungsstunden außerhalb der Anstalt betrug

1927/1928	200
1928/1929	236

mit 2249 einzelnen Beratungen 1927/1928 und 2838 im Jahre 1928/1929, abgesehen von der Durchsprechung der Fälle mit den zuständigen Familienfürsorgerinnen in den Beratungsstunden. Außerdem fanden Beratungen durch das Pflegerpersonal und durch die Spezialfürsorgerin in Köln in deren Bureaustunden statt. Die letzteren sind nicht registriert, aber erheblich an Zahl.

3. Arbeitskolonne der Fürsorgestelle Bonn auf dem städt. Gut Groß-Lachem in Köln.

Sie ist seit dem 16. 5. 1927 in Gemeinschaft mit dem Wohlfahrtsamt der Stadt Köln eingerichtet und wird von einem abkommandierten Pfleger der Anstalt Bonn geleitet. Ihr haben bis zum 31. 3. 1929 im ganzen 122 Patienten angehört. Die durchschnittliche Stärke der Kolonne betrug dabei 27 (niedrigster Stand 19, Höchststand 39) bei einer Stärke von 37 am 31. 3. 1929. Von den Kolonnenteilnehmern waren 105 Anstaltsentlassene und 17 noch nicht in Anstalten Gewesene, die der Kolonne von der Nervösenfürsorge der Stadt Köln überwiesen wurden.

Ihrer klinischen Zugehörigkeit nach waren von den 122:

Schizophrene	15
Epileptiker	26
Alkoholiker	22
Paralytiker	18
Schwachsinnige	11
Psychopathen	8
Manisch-Depressive	1
Metencephalitische	1

Die 37 am 31. 3. 1929 Beschäftigten gliedern sich in:

11 Schizophrene,
11 Epileptiker,
6 Alkoholiker,
4 Paralytiker,
3 Schwachsinnige,
1 Psychopathen,
1 Manisch-Depressiven.

Von den 85 aus der Kolonne Ausgeschiedenen sind:

1. In ordentliche Arbeit überführt worden 23
2. In andere Wohlfahrtsarbeit 13
3. Unbrauchbar geworden 25
4. Wieder anstaltspflegebedürftig geworden 21
5. Gestorben 3

Die Beschäftigung bei der Kolonne geschieht im Rahmen der Arbeits-

fürsorge des städt. Wohlfahrtsamtes, wobei aber psychiatrisch-therapeutischen Gesichtspunkten weitgehendster Einfluß eingeräumt wird. Die Einstellung erfolgt gewöhnlich auf Anregung der Fürsorgestelle, und nur mit deren Billigung, durch die Beratungsstelle der Arbeitsfürsorge des Wohlfahrtsamtes. Wenn auch dem ursprünglich im Namen »Genesungskolonne« veranschaulichten ausschließlich therapeutischen Ziele etwas mehr arbeitsfürsorgerische Gesichtspunkte beigeordnet werden mußten, so konnte doch auf die Dauer der Hauptgesichtspunkt ohne Schwierigkeiten aufrecht erhalten werden, durch die Beteiligung an der Kolonne seelische Krankheitsäußerungen zu mildern oder zu unterdrücken und Anstaltsunterbringung zu verhüten. Bei gut der Hälfte der Beschäftigten war der Entlassungsversuch aus der Anstalt überhaupt nur durch die Einstellung in die Kolonne möglich. Die Einrichtung wird von den Kranken und den Angehörigen außerordentlich begrüßt. Um sie alleinstehenden Kranken noch besser zugänglich zu machen, ist zum Schluß des letzten Berichtsjahres im Rahmen eines städt. Familienquartiers in einer ehemaligen Kaserne ein besonderes Heim für bei der Nervösen-Kolonne Arbeitende eingerichtet worden, in dem der als Führer der Kolonne tätige Anstaltspfleger mitwohnt. Die Kolonnenmitglieder, nur Männer, arbeiten teils 6×8 Stunden, teils 6×4 Stunden. Die Entlohnung geschieht nach den Sätzen der Arbeitsfürsorge des Wohlfahrtsamtes. Es wird durchweg landwirtschaftliche Arbeit verrichtet, wozu das Gut im Sommer wie Winter genügend Gelegenheit gibt; nur einzelne »Abkommandierte« arbeiten in ihrem Berufe und auf besonderen Posten.

Die ärztliche Kontrolle wird durch regelmäßige wöchentliche Besuche des Fürsorgearztes aufrecht erhalten. Besondere Schwierigkeiten sind bisher erspart geblieben.

Auch außerhalb der Nervösenkolonne werden übrigens von der Arbeitsfürsorge des Wohlfahrtsamts der Stadt Köln geeignete Betreute der Fürsorgestelle für Nerven- und Gemütskranke besonders berücksichtigt, und zwar sowohl männliche wie weibliche.

Eine erfolgreiche Zusammenarbeit mit den staatlichen Arbeitsämtern hat sich bisher nur in Ausnahmefällen verwirklichen lassen.

IV. Besondere Vorkommnisse bei den Fürsorgepfleglingen.

1. Selbstmorde wurden 1927/1928 bei insgesamt 50 Todesfällen (30 Männer, 20 Frauen) 3 festgestellt, und zwar alle bei Frauen. Eine Schizophrene ging in den Rhein in einer psychologisch verständlichen depressiven Reaktion; eine andere Schizophrene nahm ihre 2 kleinen Kinder mit in den Rhein unter dem Einfluß von Stimmen, die sie dazu antrieben. Sie war gegen Revers vor 1 Jahr entlassen, der Ehemann sträubte sich bei Wiederverschlimmerung gegen den dringenden Rat der Fürsorgestelle, sie wieder unterzubringen. Der 3. Fall betraf eine Melancholische, die Salzsäure trank beim Einsetzen eines Rezidivs.

1928/1929 kamen bei 57 Todesfällen (26 Männer, 31 Frauen) 8 Selbstmorde vor. Sie betrafen in 5 Fällen Melancholische bzw. Depressive, von denen sich 2 Frauen erhängten, eine Frau sich aus dem Fenster stürzte (Schuld des Ehemannes, der sie gegen ärztlichen Rat aus der Anstalt holte und trotz dringender Verwarnung Wiederunterbringung verweigerte, ehe das angeregte Entmündigungsverfahren zum Ziele führte); ein an endogenen Verstimmungszuständen Leidender vergiftete sich mit Ve-

ronal; eine Epileptiker vergiftete sich mit Luminal; ein Paralytiker (in Malaria-Remission) ertränkte sich im Rhein in einem depressiven Rückfall. Ein Tabiker (ohne »Seelenstörung« aus einer Anstalt entlassen) schnitt sich die Gurgel mit dem Rasiermesser durch.

2. An tödlichen Unglücksfällen kamen 1927/1928 3 vor, und zwar wurden ein reaktiv Deprimierter und ein tabischer Alkoholiker von der Elektrischen überfahren und ein Paralytiker bei einem Autounfall getötet, 1928/1929 wurde nur ein tödlicher Unfall festgestellt, und zwar wurde ein Epileptiker im Bad verbrüht, das vom Kassenarzt, an den er vom Nervenarzt ohne Wissen der Fürsorgestelle verwiesen war, verordnet war.

3. Von kriminellen Handlungen der Fürsorgepfleglinge wurden 1927/1928 nur 4 Fälle bekannt. 1 Diebstahl bei einem Schizophrenen auf einer krankhaften Wanderschaft, verurteilt ohne Sachverständigen; Wiederaufnahmeverfahren war trotz den Bemühungen der Fürsorgestelle nicht zu erlangen; ein Vergehen gegen den § 176 (homosexuell gegen Jugendliche) bei einem blinden homosexuellen Psychopathen, verurteilt, nach der Haft in Siechenpflege untergebracht; ein Betrug bei einem Paralytiker, vor Anstaltsaufnahme verurteilt; eine Zechprellerei bei einem Schizophrenen, freigesprochen auf Bemühungen der Fürsorgestelle.

1928/1929 wurden festgestellt 2 Raubüberfälle bei kataton Schizophrenen, einmal dabei Verfahren eingestellt, einmal noch nicht abgeurteilt. 3 Diebstähle, alle bei Imbezillen, 2 verurteilt, 1 mal Verfahren eingestellt.

6 Fälle von Betrug und Unterschlagungen und Urkundenfälschung bei einem Paralytiker und einem Paranoiden ohne Mitwirkung eines Sachverständigen verurteilt, ebenso bei 2 Psychopathen; bei einem Morphinisten und einem Schizophrenen wurde das Verfahren eingestellt.

6 Fälle von Körperverletzung und Widerstand. Bei allen wirkte Alkohol mit, einmal in Verbindung mit paranoider Seelenstörung, einmal mit Epilepsie, einmal mit Imbezillität, einmal bei periodischer Trunksucht. Dreimal fand Verurteilung statt, zweimal wurde Verfahren eingestellt, einmal Freispruch auf Veranlassung der Fürsorgestelle bei periodischer Trunksucht.

4. Geheiratet haben 1927/1928 von den Betreuten 3 Schizophrene, 3 Paralytiker (in Remission nach Fieberbehandlung), ein Manisch-Depressiver, 1 Imbeziller, zusammen 8.

1928/1929. 4 Schizophrene, 2 Epileptiker, 1 Imbezille, zus. 7. Verhütet wurde die beabsichtigte bzw. eingeleitete Eheschließung 1927/1928 in 1 Fall (psychopathische Imbezille), 1928/1929 in 9 Fällen, und zwar bei 3 Paralytischen, 1 Epileptischen und 1 Alkoholikerin durch Entmündigung bzw. Anrufung des Vormundschaftsgerichts; bei 2 Imbezillen durch Rat an Vormund; bei 1 Schizophrenen und 1 Paralytiker durch Beeinflussung der Angehörigen.

5. Gravide waren 1927/1928 (1. 4.): unbekannt. 1929 (1. 4.) 3 Patienten (1 debile Psychopathin, 2 Depressive mit Zwangsdenken). Bei einer der letzteren ist künstlicher Abort und Sterilisierung empfohlen und in Ausführung begriffen. Eine Manisch-Depressive, die schon 7 Kinder hat, deren Mann Alkoholiker ist und bei der sich nachgewiesenermaßen eine schwere manische Phase 5 mal hintereinander im Anschluß an die Geburt immer in derselben Weise entwickelt hatte, wurde auf Rat der Fürsorgestelle sterilisiert.



6. Geboren haben 1927/1928 4 Frauen, 1 Schizophrene, 1 Hysterische, 1 Depressive, 1 Imbezille,

1928/1929 14 und zwar 7 Schizophrene, 1 Manisch-Depressive, 1 Paralytikerin (in Remission nach Fieberbehandlung), 2 Epileptische, 1 Metencephalitische, 2 Psychopathinnen. Alle Geburten, mit Ausnahme der bei der Manisch-Depressiven, sind ohne Besonderheit verlaufen.

7. Ehescheidungen kamen 1927/1928 3 vor, davon 1 bei einer alkoholistischen Frau, 1 bei einem Psychopath, 1 bei 1 Paralytiker. 1928/1929 4, und zwar zweimal paralytische Frauen, einmal 1 paralytischer Mann, dessen Frau auch metaluisch war, 1 mal ein Alkoholiker mit Lues cerebri.

8. Zur Schutzaufsicht sind 1928/1929 der Fürsorgestelle von der Verwaltungsbehörde unter Mitwirkung des Regierungspräsidenten 4 Fälle überwiesen worden, und zwar aus Anstalten entlassene kriminelle Geisteskranke.

Einige Zusätze zu dem schematischen Bericht.

Die Zahl der am Ende der Berichtszeit durch die Fürsorgestelle Erfaßten, die außerhalb einer Anstalt lebten, betrug 1,88‰ der Bevölkerung des Bezirks; mit einer Steigerung muß also sicher noch gerechnet werden. Voraussichtlich wird aber die planmäßige Beschränkung der Fürsorge auf die wichtigsten Kategorien, dort wo die Verhältnisse es nahelegen und es ohne Schaden geschehen kann, und die Verbindung mit der allgemeinen Familienfürsorge ein Versinken ins Uferlose verhüten und insbesondere die aus verschiedenen Gründen wünschenswerte Bewältigung der Arbeit durch einen Fürsorgearzt auf die Dauer erlauben, ohne wesentliche Vermehrung der Anzahl des hauptamtlichen Fürsorgepersonals. Beim weiteren Steigen der Zahl der Erfaßten wird ja auch das Verhältnis von aktiv Betreuten und Latenten sich allmählich umkehren.

Der Umfang des Betriebes gestattet Hausbesuche des Arztes nur nach Auswahl bei Bedarf, wobei ein gewisser Turnus doch im Auge behalten wird, eine Regelung, die nach meiner Erfahrung zur Erreichung des Zwecks genügt. Selbstverständlich ist die Intensität der Fürsorge in den einzelnen Bezirken verschieden groß, womit aber nicht gesagt sein soll, daß die Effektivität dieser Intensität überall parallel geht. Auf den ersten Blick könnte man die ganze Einrichtung der Fürsorgestelle für etwas gekünstelt und kompliziert halten. Sie ist das aber nicht, weil sie sich einfach den natürlich gegebenen verschiedenen Verhältnissen angepaßt hat. Darum funktioniert sie auch schon trotz ihrer relativen Jugend als eine selbstverständliche Einrichtung beim Publikum wie bei den Behörden und auch bei der Ärzteschaft, die stellenweise sogar großes Interesse und Verständnis für sie an den Tag legt. Die in letzter Zeit aufgetauchten Widerstände gegen die öffentliche ärztliche Fürsorge überhaupt, denen sogar die Ärztekammer der Rheinprovinz eine Aussprache gewidmet hat, haben sich auf unsere Fürsorge nicht besonders bezogen; die Sonderstellung der Seelenkrankheiten, die ja seit je eine Sonderregelung der öffentlichen Gesundheitsfürsorge für sie erfordert hat, läßt das ja auch kaum zu.

Einige Erfahrungen bei der Fürsorgetätigkeit, die eine weitere Ergänzung dieser öffentlichen Gesundheitsfürsorge für Seelenkranke betreffen, will ich hier noch kurz besprechen. Die eine betrifft die häufige Schwie-

rigkeit, eine geeignete Kurgelegenheit zu finden für leicht Psychotische und Psychoneurotische, die für die eigentliche Heil- und Pflegeanstalt für Seelenkranke ungeeignet sind und sie mit Recht scheuen. Zu ihnen gehören übrigens in besonderem Maße im Fürsorgebezirke, und zwar hauptsächlich in den gebirgischen rechtsrheinischen Gebieten (Siegkreis, Kreis Altenkirchen, Kreis Waldbröl, Kreis Gummersbach und Wipperfürth) thyreotoxische Störungen, vorwiegend bei Frauen. Die von der Landesversicherung der Rheinprovinz eingerichtete Nervenheilstätte Roderbirken reicht, vor allem auch gemäß ihrer Bestimmung, dafür bei weitem nicht aus. Eine Ergänzung durch Nervösensonderabteilungen im Anschluß an die öffentlichen Heil- und Pflegeanstalten, wie sie anderwärts vielfach bestehen, scheint mir eine dringende Notwendigkeit auch in der Rheinprovinz zu sein.

Eine zweite Erfahrung deckt sich mit der von *Linzbach* in der Psych.-neurol. Wochenschrift angeschnittenen Frage der Versorgung nicht anstaltspflege- aber hilfsschulbedürftiger schwachsinniger Kinder in den ländlichen Gebieten. Ein Ausbau des Hilfsschulwesens und die Einrichtung von weiteren Sammelhilfsschulen dürfte hier tatsächlich die einzig angezeigte Aushilfe sein. Allerdings ist die Zahl solcher Kinder, die nicht anstaltspflege- aber unbedingt hilfsschulbedürftig sind, nicht so sehr groß nach meiner Erfahrung. Meist handelt es sich nur darum, eine relativ bessere Ausbildung der Fähigkeiten eines Schwachsinnigen durch die Hilfsschule zu erreichen, oder aber die Schädigung, die dem Unterricht der normal Begabten durch den schwachsinnigen Mitschüler droht, zu beseitigen. Die Frage der Hilfsschule bleibt daher auch in ländlichen Gebieten in erster Linie eine schultechnische und muß den Schulbehörden und der Schulverwaltung in erster Linie überlassen bleiben, die in den Städten ja auch meist schon Genügendes geschaffen haben und auch vielfach mit dem Ausbau des Hilfsschulwesens in ländlichen Zentren am Werke sind. Der Träger des Irrenwesens hat aber an ländlichen Sammelhilfsschulen doch immerhin ein so hohes Interesse, daß finanzielle Beihilfen für die Errichtung solcher Schulen unter Umständen berechtigt sein dürften. Ebenso wäre die gelegentliche Beteiligung an den Kosten der Unterbringung der Hilfsschulkinder bei Verwandten oder in fremden Familien, Waisenhäusern und dgl. (eine Art Familienpflege) angebracht. Ich habe bei den bestehenden Verhältnissen schon wiederholt die vorgeschlagene Anstaltsunterbringung durch solche Unterbringung in Orten mit Hilfsschulen oder Zuweisung an benachbarte Hilfsschulen überflüssig zu machen versucht. Die Anstaltsunterbringungsgesuche gerade bei Schwachsinnigen entspringen übrigens nicht ganz selten einem fürsorgerischen Übereifer, der von der öffentlichen und vielleicht noch häufiger von der charitativen Fürsorge ausgeht. Man sollte bei der Frage der Hilfsschulbedürftigkeit auch nie ganz außer acht lassen, daß der Besuch der Hilfsschule dem Kinde neben der tatsächlichen Förderung doch auch bis zu einem gewissen Grade einen Stempel fürs Leben aufdrückt und es abzuwägen gilt, ob Ersteres das Zweite in bezug auf das spätere Fortkommen wettmacht.

Zum Schluß will ich die Frage der Rentabilität der Fürsorgestelle an der Hand der Jahresberichte und der Erfahrung der 3 Jahre kurz zu prüfen suchen, und zwar will ich die allgemeinen, zum Teil auch wirtschaftlichen und finanziellen, Vorteile, die aus der geleisteten Arbeit

ohne weiteres abgeleitet werden können, außer acht lassen und mich nur an die Frage der direkten Einsparung für die Träger des Irrenwesens beschränken; dabei ist aber im Auge zu behalten, daß die Offene Fürsorge nicht erst als teilweiser Ersatz der Anstaltsversorgung, sondern schon als deren Ergänzung ihre Daseinsberechtigung hat. Das eine ist mehr eine Zeitforderung, das andere ein Dauerergebnis der fortschreitenden psychiatrischen Erkenntnis. Leider fehlt es im rheinischen Irrenwesen, bei dem die auf öffentliche Kosten untergebrachten Kranken nur zum Teil in den öffentlichen Heil- und Pflegeanstalten behalten werden, im übrigen in charitative Anstalten überführt werden, mehr noch als sonst an einem brauchbaren Index, der die Wirksamkeit der Anstaltsfürsorge und der Offenen Fürsorge beleuchten und gegeneinander abgrenzen könnte. Es bleibt zur Beurteilung als einzige sichere Zahlengrundlage, die Bewegung der aber von vielfachen, kaum zu isolierenden Einflüssen abhängigen Zahl der im Gebiet überhaupt auf öffentliche Kosten untergebrachten Geisteskranken, Schwachsinnigen und Epileptischen.

Daß eine Bremsung im Fortschreiten dieser Zahl im Fürsorgegebiet in den letzten Jahren und der Stillstand und sogar Rückgang in einzelnen Gebieten zum Teil wenigstens zugunsten der Offenen Fürsorge gebucht werden kann, glaube ich deshalb mit Recht annehmen zu dürfen, weil Gebiete sich dadurch auszeichnen, die von der Fürsorgestelle besonders intensiv und allgemein bearbeitet werden. Ein eben einsetzender merklicher Rückgang in der Zahl der Aufnahmen der Psychiatr. Klinik zu Köln, die zugleich als Stadtasyl dient und die die Anstaltsaufnahmen aus dem Gebiete der Stadt Köln fast ausnahmslos passieren, kann mit Vorbehalt zum Teil in derselben Richtung gedeutet werden. Im übrigen wäre die Zahl von Anstaltsverhütung, die zur Rentabilität im engeren Sinne erforderlich wäre — ca. 34 — unschwer mit den durch die Fürsorgestelle in Heimen Untergebrachten, den bei der Arbeitskolonne Beschäftigten, den Fällen von verhüteter Anstaltsunterbringung besonders bei Schwachsinnigen zu belegen.

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

Forensisch-Psychiatrische Vereinigung zu Dresden.

191. Sitzung am 21. 10. 1926.

1. Stadtmedizinalrat Dr. *Kahl:* Krankenvorstellung eines von Haus aus rechthaberischen 64jährigen Bezirksaufsehers, bei dem sich nach einem im Jahre 1918 aufgetretenen Schlaganfall Charakterveränderung im Sinne vermehrter Reizbarkeit, Unduldsamkeit und psychischer Unelastizität zeigten. Auf diesem Boden entwickelte sich weiterhin, und zwar ohne Beeinträchtigung der sonstigen intellektuellen Fähigkeiten, der Beeinträchtigungswahn, auf jede Weise schikaniert zu werden. Die Frau habe versucht, ihn zu töten. Infolge schwerer Erregungszustände Anstaltsaufnahme. Hier schwere Affektausbrüche mit Gewalttätigkeit. Will Frau und Kinder enterben. Großes Mißtrauen gegen die Ärzte. Infolge zerebraler Arteriosklerose Sprachstörung. Entmündigung wegen Geistesschwäche. Weitere Anstaltsbehandlung wegen Gefährlichkeit erforderlich. Werden derartige Fälle, wie es häufig vorkommt, nicht erkannt, so bilden sie oft jahrelang das Martyrium der Familie.

2. Professor Dr. *Reiß:* Krankenvorstellung: 42jährige erblich belastete, wegen Diebstählen und Betrugs seit jungen Jahren vielfach vorbestrafte Stütze, die in einem Gasthof vor Antritt einer neuen Stelle vorsätzlich Brandstiftung verübte, als sie zufällig in einem Laden eine Zündschnur gesehen und diese und Streichhölzer gekauft hatte. Einige Tage später hat sie sich selbst der Polizei gestellt. Früher hatte sie wiederholt wegen geringfügiger Schwierigkeiten ihre Stellung verlassen, sich dazwischen aber immer tadellos geführt. Schon immer Neigung zu Verstimmungen, innere Unruhe und Lebensunlust, namentlich im Frühjahr und Sommer. Gibt an, Verlockungen zu verbotenen Handlungen nicht widerstehen zu können, obwohl sie selbst unglücklich darüber sei. Geschlechtlich bedürfnislos. Durch Schreck über Brand in der Nachbarschaft im 4. Lebensjahr von jeher den Drang verspürend, Feuer anzulegen. Dies auch vor Jahren schon einmal ausgeführt. Verschlossene, wenig zugängliche Person mit geringen affektiven Beziehungen zur Allgemeinheit, von jeher stark in eigenen Phantasmen lebend, gewöhnt einfallsmäßig zu handeln. Ihre Haltlosigkeit gegenüber Verlockungen bildet den Schlüssel zum Verständnis ihrer Handlungsweise.

3. Dr. med. *Heberer:* Zur Psychologie des Kurpfuschers.

Die Deutsche Ärzteschaft aus den Jahren 69 hat das psychologische Moment, das dem Kurpfuschereiproblem zugrunde liegt, verkannt. Schon die Tatsache, daß in allen Ländern ein Verbot der Kurierfreiheit bestand, hätte die Ärzteschaft vorsichtiger stimmen müssen. — Kein anderes Land folgte auch späterhin dem Beispiel Deutschlands und so besteht auch heute noch ein Kurpfuscherei-Verbot in Österreich-Ungarn, der Tschechoslowakei, in Rußland, Italien, der Schweiz mit Ausnahme der Bezirke Appenzell und Glarus, in den Vereinigten Staaten von Amerika, in Brasilien, China, Japan, Spanien, Portugal und Dänemark. Nur England machte vor

dem Kriege noch eine Ausnahme — wie es dort zurzeit steht, konnte ich bis zum heutigen Tage nicht in Erfahrung bringen. Nur eine gründliche Verkennung der deutschen Volkspsyche konnte der Einführung der Kurierfreiheit das Wort reden; das deutsche Volk neigt wie kaum ein anderes zu Mystizismus und Okkultismus. Der Kurpfuscher ist ein echtes Kind seines Volkes, und als solches bedient er sich seiner primitiven Denkweise und seiner Gutgläubigkeit, seiner Vertrauensseligkeit und seiner Harmlosigkeit. Diese Eigenschaften auszunutzen, ist nichts so sehr geeignet, als die Ausübung der Heilkunde und die Gründe hierfür wollen wir nun im folgenden einer genaueren Betrachtung unterziehen. Die moderne Heilkunde ist mit allen Äußerungen äußerer Kultur innig verbunden — das hängt damit zusammen, daß sie aus der Volksmedizin hervorgegangen ist. Demnach war die Heilkunde von jeher ein Gradmesser des Kulturstandes der Menschheit im allgemeinen und eines einzelnen Volkes im besonderen. Eine lange Entwicklungsphase kennzeichnet den Weg von der Volksmedizin bis zur heutigen wissenschaftlichen Heilkunde. Ein bekanntes Gesetz besagt, daß die verschiedenen Kulturzustände in der Geschichte nicht nur der Reihe nach durchlaufen werden, daß sie vielmehr in jedem Zeitalter nebeneinander anzutreffen sind. So finden wir bei den Urvölkern Afrikas auch heute noch die primitive Heilweise, die an der Wiege der Menschheit geübt worden ist — bei den Völkern westeuropäischer Kultur finden wir die moderne, auf exakter Naturforschung beruhende ärztliche Behandlungsweise. Aber auch die fortschrittlichsten Völker sind aus geistig sehr verschiedenartigen Elementen zusammengesetzt, deren Ansprüche an die Heilweise kulturell sehr verschiedenartig sind. Diesen geistigen Atavismus macht sich das Kurpfuschertum zunutze — das primitive Element, dem naturwissenschaftliche Denkweise fremd ist, fühlt sich zu ihm hingezogen. Die tiefste Ursache ist mangelhafte Kritik. Diese Einstellung des Volkes kommt dem Kurpfuschertum zugute. Es verzichtet auf alle wissenschaftlichen Erklärungen — baut sich sein Lehrgebäude vielmehr so zurecht, wie es die jeweiligen Verhältnisse erfordern. Auf Kenntnisse verzichtet der Kurpfuscher gern; er weiß, die Masse legt keinen Wert darauf; zudem ist ihm das Erlernen selbst der grundlegendsten Elemente unbequem. Daß Geistlichkeit und Adel vielfach Anhänger des Kurpfuschertums sind, liegt auch daran, daß diese Stände in einem naturwissenschaftlich-feindlichen Sinn erzogen worden sind.

Die Stellung des Arztes in der menschlichen Gesellschaft räumt ihm besondere Vorrechte ein, die ihn leicht überheblich stimmen können. Nur ein fester Charakter, eine sittlich hochstehende Persönlichkeit kann den tausendfältigen Versuchen, die der überlegenen Stellung anhaften, widerstehen. Der Kurpfuscher unterliegt in der Mehrzahl der Fälle dem Machtkitzel und verliert sehr bald die Kritik für seine Zuständigkeit und sein Handeln. Damit aber nähert er sich der Grenze des Kriminellen. Der von Hause aus kriminell Veranlagte wird in seiner Skrupellosigkeit sehr bald seine Machtposition zu betrügerischen Zwecken ausnutzen. Einer Statistik von *Neustätter* und *Kantor* gemäß befanden sich unter 4104 Personen, die ohne Approbation die Heilkunde ausübten, 464, also mehr als 11% Bestrafte. In einigen Kreisarztbezirken von Berlin entfiel auf 4 und 3 Kurpfuscher schon ein Bestrafter. Von den 390 in dem Verband für Parität der Heilmethoden zusammengefaßten Mitgliedern waren bestraft wegen fahrlässiger Körperverletzung einmal 28, wegen fahrlässiger Körper-

verletzung wiederholt 3, wegen fahrlässiger Tötung einmal 4, wegen fahrlässiger Tötung wiederholt 3; wegen ehrenrühriger Handlungen 10 und unlauteren Wettbewerbs 8 Mitglieder. Außerdem schwebte damals gegen 47 Mitglieder ein Verfahren. In Köln zogen sich 20 Mitglieder = 72% Anklagen wegen fahrlässiger Körperverletzung mit und ohne tödlichem Ausgang und wegen prahlerischer Reklame zu.

Die Domäne kurpfuscherischen Treibens ist das Reklamewesen. Gegenstand der Anpreisungen sind hauptsächlich Mittel zur Behandlung von Geschlechtskrankheiten, unheilbaren Leiden, insbesondere Krebs und, bei den Frauen von Periodenstörungen. Bei gerichtlichen Anklagen verhalten sich die Kurpfuscher überaus geschickt — ein Rechtsbureau erteilt ihnen für alle Fälle besondere Verhaltungsmaßregeln, die gerade dem Juristen einen eminent wertvollen Einblick in raffinierte kurpfuscherische Tricks geben. Das Ziel ist, Richter und Publikum durch geschickte Redewendungen und das äußere Auftreten (der Angeklagte soll im schwarzen Anzug erscheinen und schwarze Glacéhandschuhe tragen) zu täuschen. Die Erfolge des Kurpfuschers liegen nur auf psychischem Gebiet. Bei organischen Erkrankungen kommt ihnen der jedem Individuum innewohnende natürliche Heilfaktor zugute. Da sie die Prognose in jedem Fall ernst stellen, wird ihnen jede Heilung besonders hoch angerechnet.

Mundus vult decipi ist das Motto, das sich wie ein roter Faden durch die psychologische Struktur des Kurpfuschers zieht. Chaos, Anarchie und Leiden kennzeichnen die Entwicklung der Kurierfreiheit, jener unglückseligen Errungenschaft vergangener Jahrzehnte. Das Volk, sonst jeden Zoll errungener Freiheit eifersüchtig überwachend, streckt in fanatischer Verblendung schützend seine Hand aus über die, die es geistig umnachten und seine Ohnmacht zu verderblichen Zwecken mißbrauchen. Hier hilft nur Verbot und Zwang — jener wohltätige Zwang, der den Schwachen schützt und sein Bestes will, denn

> Freiheit ist der Zweck des Zwanges,
> Darum man die Rebe bindet —
> Nicht daß in den Staub sie hanget,
> Sondern in die Höh' sich windet.

Wenn das der Leitgedanke künftiger Gesetzgebung ist, dann wird sehr bald die dämmernde Morgenröte sittlicher Erneuerung auf dem Gebiet der Heilkunde in lichtem Glanz über ein neues besseres Zeitalter hereinbrechen und den ärztlichen Beruf wieder seiner herrlichen Bestimmung als Heilandsberuf zuführen.

192. Sitzung am 25. 11. 1926.

1. *G. Ilberg*, Sonnenstein, würdigt in einem warmen Nachruf auf den verstorbenen Professor Dr. *Emil Kraepelin* dessen hervorragende persönliche Eigenschaften sowie seine großen Verdienste um die psychiatrische Wissenschaft, gab einen Überblick über *K.*s wissenschaftliche Arbeiten, unter denen er seine forensisch-psychiatrischen Bestrebungen hervorhob, die schon mit einer in jugendlichen Jahren verfaßten Arbeit über die Abschaffung des Strafmaßes einsetzten. *K.*s Lehrtätigkeit beschränkte sich nicht nur auf seine viel besuchten Vorlesungen in Dorpat, Heidelberg und München, auf die Abfassung seiner Einführung in die psychiatrische Klinik (in 4 Auflagen erschienen) und seines berühmten Lehrbuches, dessen 9. Auflage leider nicht zum Abschluß gelangte. Bekannt

sind seine experimentellen psychologischen Arbeiten, sein Aufsatz über die Psychiatrischen Aufgaben des Staates und seine Mitarbeit in der Alkoholpropaganda. Eine seiner hervorragendsten Arbeiten ist die Gründung der Deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie in München-Schwabing mit ihren Abteilungen für klinische Psychiatrie, Genealogie, pathologische Hirn-Anatomie und Serologie. *K.* verband mit hoher philosophischer Lebensauffassung, starker Willenskraft, großem Arbeitsmut, scharfer Kritik und vorzüglichem Lehrtalent vielseitige Interessen für Kunst, namentlich für Malerei. Seine Vorliebe für Botanik pflegte er in seiner Villa in Pallanza. Trotz einer strengen Außenseite konnte er einen liebenswürdigen Humor entwickeln. Eine nach seinem Tode herausgegebene Gedichtsammlung verrät die Tiefe seines Gefühlslebens. Während des Krieges bekundete er große Vaterlandsliebe. Weite Reisen führten ihn in ferne Erdteile. *I.* erwähnt, daß *K.*s forensisch-psychiatrisches Praktikum für juristische und medizinische Studenten, an dem er als Assistent *Kraepelins* in Heidelberg beteiligt war, ihn seinerzeit zur Gründung der forensisch-psychiatrischen Vereinigung in Dresden angeregt habe, daß also *Kraepelin* gewissermaßen als Vater der Dresdner forensisch-psychiatrischen Vereinigung anzusehen sei.

2. Regierungsmedizinalrat Dr. *Kürbitz*, Chemnitz-Altendorf: »Die Encephalitis epidemica und ihre forensische Bedeutung«.

Es wird zunächst der Laienausdruck »Gehirngrippe« für die E. e. (= Encephalitis epidemica) zurückgewiesen, da es sich bei dieser Krankheit nicht um eine Grippe handelt. Sodann wird das klinische Bild der E. e. in ihren Hauptzügen geschildert, wobei für die akuten Fälle auf die charakteristischen Schlafstörungen (Schlafsucht, resp. -umkehrung) und auf die Augenmuskellähmungen hingewiesen wird, sowie andererseits auf die mannigfachen Zuckungen mit Bewegungsdrang, eventuell auch mit starken Schmerzen und Delirien. Bewegungsarmut und Maskengesicht können den Übergang vom akuten Prozeß zum chronischen bilden.

Die Symptome des pseudoneurasthenischen Stadiums werden besprochen und es wird betont, daß unter Umständen 2—4 Jahre vergehen können, ehe es zu einem chronischen Krankheitsbild kommt. Dieses kann man an mannigfachen körperlichen Erscheinungen erkennen (allgemeine Amyostasen verbunden mit Geistesstarre) oder an psychopathieähnlichen Charakterveränderungen (unfolgsam, unverträglich, geschlechtliche Verführung, Diebstahl usw.); Beispiele für beide Arten werden angeführt und dabei der fachärztlichen Behandlung, sowie bei Kindern und Jugendlichen auch noch der pädagogischen gedacht.

Im 2. Teil des Vortrages kommt zunächst die strafrechtliche Bedeutung, die Enzephalitiker haben können, zur Sprache. Gewalttätigkeit, Diebstahl, Brandstiftung usw. können auf diese Erkrankung zurückzuführen sein, desgleichen allerlei sexuelle Triebhandlungen — bis zu schweren Notzuchtverbrechen. Ferner wird auf die nicht selten anzutreffende Verlogenheit der Enzephalitiker eingegangen, die falsche Aussagen vor Gericht, sogar unter Eid, erklärt.

Psychosen, Schübe der Krankheit können vorliegen, ja, es kann sich gelegentlich auch nur um leichtere seelische Störungen im Verlauf einer E. e. handeln; gerichtärztliche Untersuchung ist bei jedem Verdacht auf Vorliegen dieser Krankheit zu fordern. § 51, evtl. § 56 StrGB. werden oft anzuwenden sein.

Im zivilprozessualen Verfahren kann § 6 BGB. in Frage kommen, wozu aber Gemeingefährlichkeit allein nicht genügenden Anlaß geben darf; wohl aber ist Entmündigung gerechtfertigt, wenn wiederholte Rechtsbrüche, soweit sie auf einer krankhaften Basis entstanden sind, als Mangel einer zweckmäßigen Besorgung der eigenen Angelegenheiten anzusehen sind. Vorläufige Vormundschaft (§ 1906) oder Pflegschaft (§ 1910 BGB.) können je nach Lage des Falles vom Richter anzuordnen sein. Beispiele, in denen Enzephalitiker geschäftsunfähig waren, werden erwähnt.

Schließlich wird noch auf die Beziehung zwischen Enzephalitis und Ehe eingegangen unter Bezugnahme auf die §§ 1325, 1333 und 1569, und es wird an der Hand eines einschlägigen Falles die Möglichkeit einer Ehescheidung wegen Geisteskrankheit, durch Enzephalitis bedingt, besprochen.

193. Sitzung am 16. 12. 26.

Obermedizinalrat Dr. *Schob:* Die forensische Bedeutung von Erkrankungen des Gehirns, insbesondere von Sprachstörungen.

Sch. wies darauf hin, daß Sprach-, Lese- und Schreibstörungen Herdstörungen sind. Er nannte als häufigste Ursachen Schlaganfälle, Hirnverletzungen und Geschwulstbildungen und verbreitete sich des näheren über den Sitz der Störungen, der sowohl in den Kernen und den Bahnen, als im Rindengebiet sein kann. Die Störungen können sich weitgehend zurückbilden, es können aber auch Dauerstörungen zurückbleiben im Sinne einer Sprachvergeßlichkeit oder Erschwerung des Sprachverständnisses, bisweilen auch Unfähigkeit zu schreiben und zu lesen. Diese Erscheinungen können mit Lähmungen und Allgemeinstörungen, wie abnormer Ermüdbarkeit vergesellschaftlichte sein. Oft finden sich dabei auch intellektuelle Schädigungen. Handelt es sich bei Sprachstörungen lediglich um die oben genannten Herderscheinungen, so wird in forensischer Beziehung höchstens die Einrichtung einer Pflegschaft unter Umständen in Frage kommen.

Entmündigung wird nur dann angezeigt sein, wenn gleichzeitig weitgehende intellektuelle Störungen bestehen. Angesichts der Sprachstörung ist die Entscheidung hierüber oft schwierig, sie muß dem Sachverständigen vorbehalten bleiben. Kranke mit Sprachstörungen sind bei dem Fehlen stärkerer intellektueller Schädigungen im allgemeinen verantwortlich, § 51 kann unter Umständen bei gewissen Affekthandlungen in Frage kommen. Die Strafvollzugsfähigkeit ist von Fall zu Fall zu entscheiden. Bei Entscheidung über Zeugenfähigkeit ist die starke Ermüdbarkeit Gehirnkranker zu berücksichtigen.

An die allgemeinen Ausführungen schlossen sich Krankenvorstellungen von Fällen mit Sprachstörungen an. Die Schriftstörung wurde jeweils mitgezeigt.

194. Sitzung am 20. 1. 27.

Landgerichtsdirektor Dr. *Hellwig* Potsdam: Die Kriminal-Telepathie vom Standpunkt der forensischen Psychologie.

H. wies an der Hand zahlreicher Beispiele nach, daß unter den ungefähr 1000 Fällen, die er bisher eingehend untersucht habe, kein einziger Fall von Telepathie wirklich erwiesen ist. Vielfach spielt eine Erinnerungstäuschung eine Rolle, die wie andere Momente von dem sogenannten Hellseher geschickt ausgenutzt wird. Auch die Polizeipräsidien stünden prak-

tisch auf dem Standpunkt, daß man sogenannte Hellseher nicht zuziehen dürfe. Auch gibt es Fälle, wo durch solche Hellseher Justizirrtümer entstanden sind und Unschuldige lange in der Untersuchungshaft saßen. In Varietés vorgeführte Fälle von Telepathie sind ausschließlich auf Tricks zurückzuführen.

Aussprache: Landgerichtsdirektor Dr. *Tzschucke* berichtete von zwei Leipziger Hellseherinnen, die nach Dresden berufen waren, aber im Unklaren gelassen worden waren, weshalb. Der erste dieser Fälle betraf einen Chauffeurmord in der Dresdner Heide. Die Hellseherin berichtete im wesentlichen nur aus den Zeitungen Bekanntes, beschrieb ein Haus, das es in Wirklichkeit nicht gibt und eine Kneipe bestimmten Namens, die nicht existiert. Auch im zweiten Fall, eine Mordaffaire betreffend, versagten sie vollkommen, während den übrigen Anwesenden die wesentlichen Tatsachen bekannt waren. In der Pause informierten sie sich im Adreßbuch.

Professor Dr. *Reiß* erwähnte Versuche des Herrn *Wasilewski* mit seiner Braut, die in einem besonderen Affektzustand ausgeführt wurden; nach der Heirat versagte das Medium. *R.* wies auf die Häufigkeit sogenannter Veränderungen hin. In einem Falle seien Erinnerungstäuschungen nachgewiesen.

Rechtsanwalt Dr. *Fleischauer* erinnerte an Versuche eines Moskauer Arztes, dessen Medium angeblich von ihr berührte Schriftstücke lesen konnte, ohne zu sehen. Der betreffende Arzt ließ das Medium einen Brief berühren, in dem ein Kollege lediglich höflich schrieb, nicht zu der mit dem Medium anberaumten ärztlichen Sitzung erscheinen zu können. Das Medium berichtete, im Brief stünde, Schreiber habe Besseres zu tun, habe große Schwierigkeiten mit der Heeresverwaltung und wegen eines Kündigungstermines. — Hinterher habe man erfahren, daß der Briefschreiber bei Abfassung seines Briefes derartiges gedacht hat, wenn er es auch nicht ausgesprochen habe.

Geheimer Justizrat *Walde* berichtete auf Grund eigener Wahrnehmung von einem spanischen Professor, der im Kabarett mit einem spanischen Medium auftrat, das tatsächlich alles aussprach, was er selbst auf einem Block geschrieben zu lesen bekam — angeblich durch Gedankenübertragung.

Landgerichtsarzt Dr. *Künzel* erwähnte einen Zirkuskünstler, der Opernmelodien auf sein Medium übertrug, die diese sofort auf dem Klavier wiedergab.

Medizinalrat Dr. *Oppe* wies auf das Mißverhältnis zwischen sogenannten glänzenden Erfolgen auf diesem Gebiet und den Mißerfolgen kritisch gesinnter. Männer hin. Alle diese Fragen hätten seit Jahrhunderten tatsächliche Förderungen nicht erfahren. Vom Publikum unbemerkte Tricks seien häufig die Erklärung auffallender Leistungen der Medien. Viele Vorahnungen treffen nicht zu, von diesen werde aber später nicht erzählt.

Landgerichtsdirektor Dr. *Schuster* berichtete von der Entdeckung einer Mordtat durch die Mitteilung eines Hellsehers, daß der Täter eine Maschine bediene. Es sei zu bedauern, daß keine Zentralstelle zur Prüfung von Hellsehern existiere.

Sanitätsrat Dr. *Flachs* empfiehlt, sich derartige Vorahnungen in jedem Falle von dem Betreffenden schriftlich geben zu lassen, falls man sie später verwenden will. —

Am 12. 1. 27 war die Vereinigung zu einem Vortrag des Abteilungsdirektors Dr. *Schiff*-Berlin-Friedrichshain, über »Die Blutgruppenforschung, insbesondere ihre Bedeutung für die gerichtliche Medizin (strittige Vaterschaft) und die Anthropologie« eingeladen.

195. Sitzung am 24. 2. 27.

1. Stadtmedizinalrat Dr. *Kahl:* Krankenvorstellungen zweier Endzustände von Schizophrenie, welche zurzeit in ihrem Auftreten keine besonders auffälligen Merkmale zeigten, bei eingehender Unterhaltung jedoch allerlei Verschrobenheiten, Sperrungen und eigenartige affektive Beziehungen zur Umwelt erkennen ließen, auf Grund deren kriminelle Handlungen nicht ausgeschlossen und dann als krankhaft zu bewerten wären.

2. Professor Dr. *Reiß:* Krankenvorstellung einer Frau, die unter der Obhut ihrer Großmutter eine treu behütete Kindheit verlebt hat und dann später 20 Jahre lang Morphinistin war. Das Geborgenheitsgefühl der Kindheit kehrte ihr durch das Gefühl übernatürlicher Annäherung an die Verstorbene wieder, das durch spiritistische Neigung wachgerufen wurde. Im Morphiumrausch erschien ihr die Verstorbene und verbot ihr, weiter Morphium zu nehmen. Sie brach unter dem Einfluß dieses ekstatischen Erlebnisses im Frühjahr 1926 plötzlich mit dem Morphium ab und hat seitdem nicht wieder gespritzt.

3. Medizinalrat Dr. *Oppe:* Psychologisch-forensische Fragen zur künstlichen Befruchtung.

Während die absichtliche Unterbrechung der Schwangerschaft seit Jahren ein überaus häufig beobachtetes Ereignis ist, gehört die künstliche Befruchtung der Frau zu den Seltenheiten, nur unter ganz besonderen Voraussetzungen wird sie begehrt und keineswegs in allen Fällen mit Erfolg versucht und durchgeführt.

Der natürliche Vorgang der Befruchtung versagt zuweilen, auch in Fällen, in denen die Frau schlechthin als befruchtungsfähig anzusehen ist und an der Zeugungsfähigkeit des Mannes Zweifel nicht bestehen, noch mehr natürlich, wenn die Frau kleine Mängel im Bau oder in der sonstigen Beschaffenheit ihrer Fortpflanzungsorgane aufweist, die dem erfolgreichen Vordringen der Samenfäden hinderlich sind. Es taucht dann der Gedanke einer künstlichen Befruchtung auf, wenn das Verlangen nach einem Kinde besteht. Am stärksten tritt diese Frage in den Vordergrund, wenn der lebhafte Wunsch eines Paares nach Kindern nicht erfüllt wird, weil der Mann keine Samenzellen zu erzeugen oder in natürlicher Weise zu entleeren imstande ist.

Die künstliche Befruchtung besteht darin, daß frisch gewonnener Samenerguß unmittelbar in die Gebärmutter gebracht wird, am besten mit einer Spritze, deren Ansatzrohr bis in die Gegend der Einmündungsstellen der Eileiter reicht, so daß Ei und Samenzellen einen möglichst kurzen Weg bis zu ihrem Zusammentreffen zurückzulegen haben. Auf die Technik der Einspritzung und auf die Wahl des geeigneten Zeitpunktes kommt viel an, doch soll hierauf an dieser Stelle nicht weiter eingegangen werden.

Die künstliche Befruchtung kann im gemeinschaftlichen Einverständnis des Paares erfolgen, könnte aber auch z. B. ohne Wissen des Mannes durch die Frau veranlaßt und an ihr ausgeführt werden, dann natürlich

nicht anders als mit dem Ejakulat eines anderen Mannes. Es knüpfen sich hier ohne weiteres Fragen an, die eine forensische Bedeutung erlangen können. Am nächsten liegt wohl der Gedanke der Erbfolge und etwaiger Täuschungen zu ihrem Zweck. Ehebruch im rechtlichen Sinne wird eine solche künstliche Befruchtung vielleicht nicht sein, eher vielleicht eine ehewidrige Handlung im Sinn des § 1568 BGB. Der Zweck der künstlichen Befruchtung wird in solchen Fällen nur erreicht, wenn sie dauernd dem Ehemann verheimlicht bleibt, die erfordert also eine bleibende Täuschung und gefährdet das zur gedeihlichen Fortführung der Ehe erforderliche Vertrauensverhältnis zwischen Mann und Frau.

Künstliche Befruchtung ohne Wissen der Frau dürfte schwer durchführbar sein — allenfalls unter Vortäuschung eines kleinen operativen Eingriffes an ihren Geschlechtsteilen. Sie würde dann ohne ihr Wissen, unter Umständen sogar gegen ihren Willen befruchtet werden und dann die Frage einer strafbaren Körperverletzung auftauchen. Erfolgt die Befruchtung bei einer verheirateten Frau und mit dem Ejakulat des Ehemannes, so werden forensisch-psychiatrische Bedenken kaum geltend gemacht werden können, allenfalls nur insoweit, als in der Täuschung der Frau eine ehewidrige Handlung erblickt werden könnte. Vielleicht ist diese Täuschung doch berechtigt: Mit dem Eingehen der Ehe hat die Frau die Pflicht zur Duldung einer Schwängerung sicherlich übernommen, und für die Beschwerden der Schwangerschaft, die Gefahren der Entbindung und des Wochenbettes und für die mit der Erziehung des Kindes verbundenen Mühen ist es im großen und ganzen gleichgültig, auf welche Weise das Kind gezeugt worden ist. Einen Einwand wird man jedoch nicht ganz von der Hand weisen können. Natürliche und künstliche Befruchtung unterscheiden sich vielleicht ein wenig insoweit, als letztere mehr die Gefahr einer Fehlgeburt oder eines falschen Sitzes der Schwangerschaft, z. B. einer Eileiterschwangerschaft, in sich bergen könnte. Etwas ungünstiger würde sich unter diesem Gesichtspunkt die Vorhersage der künstlich erzeugten Fortpflanzung also gestalten. Die Erfahrungen hierüber sind freilich noch gering und psychologisch bleibt die Tatsache der Täuschung der Frau das Wichtigste.

Die bisher besprochenen Möglichkeiten werden äußerst selten eine Verwirklichung im Leben erfahren, mit den folgenden kommen wir dagegen auf weit realeren Boden, wenn nämlich die künstliche Befruchtung in gemeinsamen, klar ausgesprochenen Wollen beider Eheteile erfolgt. Es kann dann die Befruchtung durch künstliche Einführung des eigenen Ejakulates bei der Frau herbeigeführt werden, vorausgesetzt, daß der Ehemann befruchtungsfähigen Samen zu entleeren imstande ist. Irgendwelche Bedenken werden dann kaum bestehen, die anschließende Schwangerschaft wird sich in ihrer psychologischen Wirkung nicht von der natürlichen unterscheiden und wohl auch hinsichtlich der Vererbung persönlicher Eigenschaften keine Bedenken erregen. Der Einwand, daß eine solche Schwangerschaft geringere Aussicht auf normalen Verlauf habe, mag bis zu einem gewissen Grade gelten; wo aber der sonst nicht erfüllbare Wunsch nach einem Kinde besteht und besonderer Wert auf seine Erfüllung gelegt wird, wird man als beratender Arzt zwar auf die etwaigen Störungen hinweisen, die künstliche Befruchtung aber nicht ablehnen.

Ist durch einwandfreie Untersuchung festgestellt, daß der Mann endgültig zeugungsunfähig ist und besteht beiderseitig starkes Verlangen nach

einem Kind, muß die künstliche Befruchtung mit dem Ejakulat eines Dritten vorgenommen werden. Ein solcher Entschluß wird gewiß schwer fallen, und derartige Fälle werden sehr seltene sein, aber sie sind vorgekommen und sie können mit ihren Folgen unter Umständen auch dem Richter und dem Gutachter vorgelegt werden, vor allem aber sind sie es, die in der Periode ihres Entstehens den beratenden Hausarzt und den zugezogenen Frauenarzt vor schwierige Fragen stellen und ihnen eine erhebliche Verantwortung aufladen. Beide müssen sich über all die Folgen körperlicher und psychischer Art klar sein, die das Einpflanzen eines fremden Keimes in eine Ehe mit sich bringen wird. Nicht nur die Frau, sondern auch der Ehemann wird von dem Vorgang psychisch stark berührt. Selbstverständlich ist, daß körperliche Erkrankungen, vor allem die Syphilis vorher ausgeschlossen und die sonst wichtigen erbbilologischen Forderungen berücksichtigt werden. Auch dann bleibt noch eine Fülle von Bedenken, die man sich an der Hand eines der Praxis entnommenen und in der medizinischen Literatur veröffentlichten Falles veranschaulicht.

Ein Arzt[1]) hat bei einem kinderlosen Ehepaar nach Rücksprache mit dem Hausarzt eine künstliche Befruchtung in der Weise vorgenommen, daß nach Erledigung aller Vorsichtsmaßregeln der verheiratete zeugungsfähige Bruder des dauernd zeugungsunfähigen Ehemannes durch eine Kohabitation mit seiner eigenen Ehefrau das befruchtende Ejakulat lieferte. Durch Kondom gewonnen, wurde es unmittelbar hinterher vom Arzt übernommen und der anderen Frau durch eine Spritze in die Gebärmutter gebracht. Der Erfolg war da, die nächstfolgende Regel blieb aus, es wurde nach ungestörter Schwangerschaft ein lebendes Kind geboren. Beiden war der Wunsch erfüllt, insbesondere derjenige der Frau, die vor allem das Verlangen nach einem Kind gehabt haben soll, der also die erfolgreiche künstliche Befruchtung Wunscherfüllung bedeutete, auch insoweit als sie nun ihrerseits den Beweis hatte, daß nicht sie die Ursache der bisherigen Kinderlosigkeit gewesen war. Ohne Zweifel sind das für sie erfreuliche Empfindungen und Gedankengänge. Gibt es nun aber auch für sie Nachteile und welche können es sein? Die natürliche Schwangerschaft erzeugt in der Frau ein starkes Zugehörigkeitsgefühl zum Mann. Bisher Lebensgefährte, Kamerad, Freund, Quelle und Ziel seelischer und körperlicher Liebe wird er ihr der Vater des kommenden und dann mit all den Fährlichkeiten der Fortpflanzung geborenen Kindes. Ein neues Band verknüpft nunmehr beide, ein Band, das nach der Geschichte so mancher Ehe vielleicht das dauerhafteste von allen ist. Wie aber hier? Wird nicht statt der neuen Bindung eine Abschwächung eintreten? Das Kind, dessen Leben sie in sich spürt und dem sie Wachstum verleiht, ist anderen Ursprungs, ist dem Ehegenossen fremd. Welche Eigenschaften wird es zeigen? Wird aus der verwandtschaftlichen nahen Zugehörigkeit des Samenspenders zum Ehemann das erwartete Kind Ähnlichkeit zu letzterem zeigen, wird es diejenigen Eigenschaften aufweisen, die die Frau gerade an ihrem Ehemann schätzt und welche sie sich deshalb am Kind wünscht? Was wird, wenn das Kind nach der Geburt in seiner Entwicklung unerwünschte Eigenschaften an den Tag legen wird, die der Ehemann nicht besitzt, wohl aber der andere?

Die schwierigste Aufgabe harrt wohl des zeugungsunfähigen Ehe-

[1]) Deutsche Med. Wochenschrift 1926 Nr. 50. *Samuel.*

manns, er weiß seine Frau geschwängert, aber nicht von ihm, ein ihm fremdes Wesen keimt in ihrem Leibe, zwar mit seiner Einwilligung und von einer Seite her, die nach menschlichen Ermessen am besten zu ersetzen vermochte, was er zu leisten nicht imstande war. Die Tatsache seines Versagens ist aber zum Ausgangspunkt einer so ganz außergewöhnlichen, das Taktgefühl und überhaupt die ethischen Eigenschaften aller Beteiligten stark berührenden Maßnahme geworden und beherrscht, wenn auch im engsten Kreise, für die nächste Zeit alle Vorstellungen. Nach außen hin muß er wider besseres Wissen als der Vater gelten. Auch wenn es ihm gelingt, die Rolle durchzuführen, werden die anderen sich nie vergessen und auch nur andeutungsweise einmal das Geheimnis brechen? Nur zu leicht wird sich das Bewußtsein und der mit der künstlichen Befruchtung schon zum Ausdruck gebrachte Vorwurf der eigenen körperlichen Minderwertigkeit zum Grübeln verdichten: wird deine Frau dir auch weiterhin so zugetan sein? Welche Rolle spielst du in ihrem Seelenleben, du, der an ihrer Schwangerschaft und ihrem Kind gänzlich Unbeteiligte? Und welche Rolle wirst du dem Kinde gegenüber spielen? Du giltst als der Vater, gegen deine Überzeugung, gegen dein und deiner Frau Wissen, und das alles Zeit deines Lebens. Auch ihm werden Zweifel hinsichtlich der Eigenschaften kommen. Wird das Kind solche haben, die du nicht besitzest, aber vielleicht der andere, sei es auch nur angedeutet und durch Vererbungsgesetz oder Zufall stärker am Kind hervorgetreten oder gar stark sinnfällig, jedermann erkennbar? Wie werden sich die künstlich geschwängerte Frau und dein Bruder als Samenspender zueinander stellen? Man kann sich schwer in die eigenartige Lage Beider hineindenken. Nur größter Takt wird Entgleisungen zu vermeiden imstande sein, vor allem auch, um dem unfruchtbaren Ehemann Verlegenheiten zu ersparen. Eine alte Erfahrung ist es, daß gemeinsame Erwartung oder gemeinschaftlicher Besitz bindet. Auch die Beiden werden sich diesem Gang der Gefühle nicht ganz entziehen können, um so weniger, wenn das heranwachsende Kind in seiner Art hervorragende Eigenschaften des wirklichen Vaters wiedererkennen läßt.

Scheinbar am wenigsten berührt wird die Ehefrau des Samenspenders — und doch wird auch sie dem Geschehen auf die Dauer nicht gleichgültig gegenüberstehen können. Eine andere Frau ist von ihrem Manne schwanger, gewiß nicht durch Ehebruch, ja sogar mit ihrer Zustimmung und selbst unter ihrer mittelbaren Mitwirkung. Dies alles also kein Grund zur Eifersucht. Und doch steht sie unter dem Druck dieses seelischen Zwiespaltes. Ein gut Teil Selbstverleugnung hatte ihr schon die Ermöglichung der künstlichen Befruchtung auferlegt, vielleicht noch mehr fordert die Zukunft. Wird in ihr das Bewußtsein, einem kinderlosen, kinderbedürftigen Paar geholfen zu haben, das Übergewicht behalten und nicht doch der Eifersucht Platz machen, wenn etwa das von der anderen Frau geborene Kind ihres Mannes Eigenschaften zeigen sollte, die sie an ihrem Mann besonders schätzt, bei ihren eigenen Kindern als sein Erbteil erwartet hat, durch ein Spiel des Zufalles oder nach nicht erkanntem Erbgesetz aber vermissen muß? So steht auch sie psychologisch vor einer schwierigen Aufgabe.

Wir sehen, eine künstliche Befruchtung mit fremdem Samen stellt selbst unter günstigster Voraussetzung an alle Beteiligten ein hohes Maß ethischer Forderungen, Selbstsucht, Taktgefühl und Verschwiegenheit müssen walten. Die Ärzte, welche an die Aufgabe einer künstlichen Befruchtung

herantreten, müssen nicht nur die Voraussetzungen körperlicher Gesundheit aufs genaueste prüfen, sondern auch die psychischen Werte so berücksichtigen, daß alle Beteiligten nach menschlichem Ermessen der dauernden Belastungsprobe einer künstlichen Befruchtung gewachsen sind.

Den Arzt berührt die rechtliche Seite kaum, so lange er nicht bewußt die Hand zu einer Täuschung bietet. Welcher Art die rechtlichen Folgen einer künstlichen Befruchtung vor Gericht sein können, gibt mancherlei Anregung, im allgemeinen dürfte ihre Tragweite sich im Rahmen des bestehenden Rechtes beurteilen lassen, die Seltenheit der künstlichen Befruchtung und die noch größere Seltenheit der Fortpflanzung auf ihrer Grundlage wird zum mindesten für die nächste Zukunft der Notwendigkeit entheben, ihr durch besondere Gesetzesbestimmungen zu begegnen. Richter und Ärzte dürfen sich darüber aber einig sein, daß sie wohl ein interessantes naturwissenschaftliches Experiment, nicht aber eine erwünschte Erscheinung im Familien- und Rechtsleben vorstellt.

Aussprache: Amtsgerichtsrat Dr. *Scheufler*, Landgerichtsrat Dr. *Geißler*, Medizinalrat Dr. *Oppe*.

196. Sitzung am 23. 3. 27

in der Gefangenenanstalt II, Dresden, Mathildenstr. 59.

1. Justizamtmann *Winkler:* Führung durch die Werkstätten der Anstalt.

2. Medizinalrat Dr. *Oppe:* Krankenvorstellung.

Es handelt sich um einen erblich schwer belasteten, haltlosen Psychopathen mit stark gesteigertem Geschlechtstrieb und gelegentlichen Eigentumsdelikten. Derselbe hat sich während der Kriegszeit fünfmal unerlaubt von der Truppe entfernt, nach seiner eigenen Schilderung jedesmal mit Rücksicht auf sexuelle Bedürfnisse. Er ist anfänglich bestraft, später freigesprochen worden. In der Haft häufige Onanie. Anläßlich des Falles sprach Dr. *Oppe* im allgemeinen über die Frage der geschlechtlichen Not in der Haft.

3. Amtsgerichtsrat Dr. *Eichler:* »Neuzeitlicher Strafvollzug«.

Eichler findet den neuzeitlichen deutschen Strafvollzug von drei Grundgedanken getragen: dem Rechtsgedanken, dem Erziehungsgedanken und dem Fürsorgegedanken.

Gegenüber der Lehre *Freudenthals* und *Andräs*, die den Erlaß eines Strafvollzugsgesetzes als unbedingte Forderung des Rechtsgedankens bezeichnen und die gegenwärtige verwaltungsmäßige Regelung des Strafvollzuges als geradezu rechtswidrig ansehen, betont *Ei.* im Anschluß an die Lehre *Otto Mayer*s und *Fleiner*s von den besonderen Gewaltverhältnissen, daß, da das Strafgesetz den Inhalt der Strafe nur in bescheidenstem Umfange bestimme, anzunehmen sei, daß er der staatlichen Verwaltung überlassen bleibe, im übrigen nach ihrem Ermessen zu verfahren, und daß daher, was in diesem Verfahren dem Grundsatze des angemessenen Mittels entspreche, auch rechtmäßig sei. *Ei.* verkennt gleichwohl nicht, daß der gegenwärtige Rechtszustand, bei dem Vollzugsordnungen der staatlichen Verwaltung, aus Verhaltensvorschriften und Dienstanweisungen gemischt, den Strafvollzug regeln, schwere Mängel aufweist, insbesondere die Rechtsgleichheit nicht gewährleistet und der Rechtssicherheit nicht entspricht. Auch er fordert demgemäß gesetzliche Regelung des Strafvollzugs und begrüßt den vorliegenden, durch die Bundesratsgrundsätze von 1897 und

die Reichsratsgrundsätze von 1924 materiell vorbereiteten Entwurf eines Strafvollzugsgesetzes.

Zum Erziehungsgedanken übergehend erblickt der Vortragende vom spezialpräventiven Standpunkt aus den Zweck der zeitigen Freiheitsstrafe in der Erziehung des Verurteilten zum Recht und zur Rechtsgemeinschaft. Er unterscheidet dabei scharf zwischen einer Erziehung durch die Strafe und einer Erziehung gelegentlich der Strafe und findet, daß Erziehung durch die Strafe wesensgemäß in erster Linie Inhalt des Strafvollzuges sein müsse, daß also zu versuchen sei, durch das Mittel der Freiheitsentziehung in der Seele des Gefangenen Antriebe zur Geltung zu bringen, die in der Richtung einer verständigen Einordnung in die Rechtsgemeinschaft wirken, und Hemmungen einzuschalten, die dem Streben nach einem Verhalten, das mit der sozialen Ordnung nicht vereinbar ist, sich entgegenstemmen. Hierzu hält er Reden für nötig, daß auf der einen Seite schon der bloße Inhalt der Strafe so beschaffen sei, daß er dem Gefangenen Achtung vor dem Recht abnötige, und daß auf der anderen Seite auch das ganze Verhalten der Gefängnisbeamten darauf abgestellt sein müsse, den Vollzug sinnvoll erscheinen zu lassen, den Gefangenen einsichtig und strafempfänglich zu machen. Hierauf wurden insbesondere Gefängnisarbeit und Gefängnisunterricht in ihrer Bedeutung als Mittel einer Erziehung durch die Strafe gewürdigt.

Die Erwägung, daß in Arbeit und Unterricht auch fürsorgerische Gesichtspunkte zur Geltung kommen, leitete über zu der in einer Verbindung des Erziehungsgedankens mit dem Fürsorgegedanken im Strafvollzuge betriebenen Erziehung im Wege der Fürsorge. Hier wurde auf die Bedeutung des Gefängnisbüchereiwesens, der Freizeitbeschäftigung mit Zeichnen, Malen, Singen, Basteln usw. und der Vorträge, Vorführungen und musikalischen Darbietungen hingewiesen. Eingehend wurde in diesem Zusammenhange die vielfach in ihrer Bedeutung überschätzte Einrichtung des Strafvollzuges in Stufen behandelt. Den berechtigten Kern dieser Einrichtung sah der Vortragende darin, daß damit dem Schaden entgegengewirkt werden könne, den die Freiheitsstrafe dadurch stifte, daß sie den Verurteilten für ihre Dauer der Verantwortung einer freien Entschließung über sein Handeln enthebt und dadurch entwöhnt. Vortragender meint daher, daß das Nachlassen des Strafzwanges im Stufenstrafvollzuge darin zu bestehen habe, dem Gefangenen in steigendem Maße die Freiheit eigener verantwortlicher Entschließung zu gewähren, ihn also in dem Maße der Entlastung von Zwang und Gebundenheit gleichzeitig mit Verantwortung zu belasten. Hier wurde der sog. Selbstverwaltung gedacht. Die Kritik der Stufenstrafvollzugsbestimmungen des Entwurfs eines Strafvollzugsgesetzes führte zu dem Vorschlage, das Aufrücken auf jeder Stufe davon abhängig zu machen, daß sich nach der Persönlichkeit des Gefangenen erwarten lasse, daß er sich auf der nächsten Stufe bewähre. Schließlich wurde in diesem Zusammenhange die sächsische Gefängnisfürsorge in ihrer Eigenart besprochen und ein Blick auf die moderne Persönlichkeitsforschung geworfen.

Im selbständigen Bereiche des Fürsorgegedankens fand sich, daß es sich hier nicht mehr um die Erzielung oder um die Förderung oder Verstärkung der Strafwirkung, sondern um die Übernahme des Unterhalts im weitesten Sinne für den Verurteilten, den der Staat der Fähigkeit, selbständig für sich zu sorgen, beraubt, und um Fernhaltung oder Besei-

tigung einer Reihe von schädigenden Folgen handelt, die der Freiheitsentziehung anhaften, ohne zum Wesen der Strafe zu gehören. In erster Linie wurde hier der Trennungsgedanke behandelt. *Ei.* fordert Sonderung nach verschiedenen Gesichtspunkten zu bestimmender Gruppen von Gefangenen voneinander, von denen die Angehörigen der einen den Angehörigen der anderen irgendwie, insbesondere aber auch im Sinne einer moralischen Ansteckung gefährlich werden können. Es wurde dargetan, in welchem Umfange der Trennungsgedanke bereits zur Selbstverständlichkeit geworden sei, inwieweit es daran aber auch noch fehle, und wie Sachsen auf diesem Gebiete mit der Einrichtung seiner Jungmännerabteilung und Erstbestraftenanstalt (Bautzen) vorangekommen sei. Als Ausfluß des Fürsorgegedankens wurden ferner die Ermöglichung persönlichen und schriftlichen Verkehres der Gefangenen mit der Außenwelt, die Gewährung einer Arbeitsbelohnung und der in Sachsen eingeführte Erlaß der Haftkosten bei ausreichender Erfüllung der Arbeitspflicht, die Entlassungsunterstützung und die Gewährung der Gelegenheit zur Erfüllung religiöser Bedürfnisse gekennzeichnet. Eingehend wurde sodann das umfangreiche Gebiet der Gesundheitsfürsorge im Strafvollzuge besprochen. Hygiene des Gefängnisbaus, Lüftung, Heizung, Beleuchtung, Lagerung, Bekleidung, Beköstigung, Erholungsaufenthalt im Freien, Leibesübungen, Körperpflege, Aufnahme- und Entlassungsuntersuchung, Krankenunterbringung und -behandlung, Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten und der Tuberkulose, zahnärztliche Versorgung, Schwangerenfürsorge und Geburtshilfe, Geisteskranke und sog. geistig Minderwertige im Strafvollzuge, Zwangsernährung, Zwangsuntersuchung und -behandlung, Sexualnot der Gefangenen und ihrer Ehepartner seien hier als Stichworte genannt.

4. Regierungsrat *Gebauer*: Lichtbilder aus dem Strafvollzug der Gegenwart. Die Lichtbilder gewähren einen anschaulichen Einblick in das Leben einer modernen Strafanstalt.

Zum Schluß wurde die Vereinigung durch den Gesangverein der Sänger der Gefangenenanstalt erfreut.

197. Sitzung am 24. 4. 27.

1. Aussprache über den Vortrag Amtsgerichtsrats Dr. *Eichler* über den modernen Strafvollzug:

Medizinalrat Dr. *Oppe* hebt folgende vier Punkte hervor: a) daß die Furcht vor der Strafe nicht mehr als Strafzweck in Frage komme, treffe nicht zu. Geldstrafe und Todesstrafe können nicht erzieherisch wirken, sondern nur abschreckend, und sind trotzdem im Entwurf für das neue Strafgesetzbuch beibehalten. Das Todesurteil in dem Eisenbahnfrevlerprozeß von Leiferde hat sichtlich abschreckend gewirkt;

b) daß man die Gefangenen zu einem Beruf ausbilden wolle, sei insofern bedenklich, als eine gründliche Ausbildung kaum möglich sein werde. Es besteht die Gefahr, daß sie sich einbilden, etwas zu können und daß die ordnungsgemäß ausgebildeten Fachleute durch die Konkurrenz der halb ausgebildeten Gefangenen geschädigt werden.

c) Zur Sorge für die Gesundheit der Gefangenen: Vorschriften allein nützen nichts. Der Staat muß dafür sorgen, daß genügend Ärzte und Hilfspersonal vorhanden sind. Bei allen Gefangenen sind restlos die Geschlechtskrankheiten zu bekämpfen. Im übrigen erscheint eine Heilbehandlung insofern bedenklich, als die Gefangenen dadurch besser gestellt werden, als wenn sie in Freiheit wären.

d) Zur Frage der sexuellen Not: Die Konferenz der Gerichtsärzte von 1926 hat sich dahin ausgesprochen, daß eine wirkliche sexuelle Not nicht besteht. Wo sie in einzelnen Fällen vorkommt, handelt es sich um Gefangene, bei denen sie auch in der Freiheit besteht. Der Mangel an Alkohol, die reizarme Kost und der seelische Druck während der Gefangenschaft setzen den Sexualtrieb herab. Unter der großen Menge von Haftpsychosen ist nicht ein einziger mit sexuellem Einschlag beobachtet worden.

Dr. *Oppe* führt weiter aus, daß die Erziehung des Gefangenen zur Selbstbeherrschung vor allem anzustreben sei. Der Gefangene soll die Autorität achten. Es darf nicht dazu kommen, daß er glaubt, ein Recht auf Nachsicht zu haben. Minderwertige neigen hierzu. Besonders schlechte Erfahrungen hat man in dieser Hinsicht in der Anstalt für tuberkulöse Strafgefangene in Glatz gemacht. *F. Pietrusky* berichtet hierüber in seinem Aufsatz „Tuberkulose und Gefängniswesen" in der Zeitschrift für Tuberkulose Band 47 (1927) Heft 4 S. 312: Von den in dieser Anstalt untergebrachten Gefangenen werde nichts weiter verlangt, als daß sie sich gesittet betragen und sich pflegen lassen. Sie machen aber die größten Schwierigkeiten. Fast täglich seien 2—3 Liegestühle beschädigt worden. Nicht selten seien die Zellen demoliert, ja sogar die Wärter angespuckt worden.

Landgerichtsdirektor Dr. *Tzschucke* hält ebenfalls die Abschreckungstheorie für richtig. Er erinnert daran, daß während des Krieges die Brandstiftung an landwirtschaftlichen Vorräten mit dem Tode bedroht gewesen sei und daß, offenbar mit aus diesem Grunde, keine derartige Brandstiftung vorgekommen sei. Es sei nicht gut, daß die Bestrebungen, das Los der Gefangenen zu erleichtern, übertrieben werden. Besonders die Presse gehe hier zu weit. Es bestehe die Gefahr, daß die Strafe sowohl vom Rechtsbrecher wie vom Verletzten nicht mehr als solche empfunden werde. Dr. *Tzschucke* schildert sodann seine Eindrücke von dem Gefängnis für Jugendliche auf der Insel Hannöversch-Sand bei Hamburg. Dort seien nur junge Leute bis zum Alter von 20 Jahren untergebracht. Die Arbeitsleistungen, wie Landgewinnung durch Befestigen von Elbschlick, Häuserbau, Landwirtschaft seien anerkennenswert. Auch Rudern, Turnen, sogar mit Musik, werden geübt und gelehrt. Auf die Frage, ob die jungen Leute den Aufenthalt als Strafe empfinden, habe ein Aufsichtsbeamter mit Ja geantwortet und zur Begründung hinzugefügt, daß nicht selten Ausbrüche vorkämen. Dr. *Tzschucke* hält dies für irrig. Solche Ausbrüche erklären sich schon hinreichend durch den Aufenthaltszwang. Jedenfalls werde der Verletzte mit einer derart milden Behandlung des Rechtsbrechers kaum einverstanden sein.

Landgerichtsrat Dr. *Geißler* führt aus: den Reformgegnern müsse man u. a. entgegenhalten, daß die moderne Behandlung der Gefangenen bezüglich der Verminderung der Kriminalität bessere Ergebnisse habe, als die frühere strenge Behandlung. *Mittelstädt* habe schon vor 50 Jahren in seiner Schrift gegen die Freiheitsstrafen erwähnt, daß diese enttäuscht hätten. Durch das alte System der Strenge werde der Wille der Gefangenen gebrochen. Er finde sich dann in der Freiheit nicht mehr zurecht. Durch den progressiven Strafvollzug werde er für das künftige Leben in der Freiheit besser vorbereitet. Besonders nützlich erscheine hierfür die Gemeinsamkeit bei der Arbeit und der Unterhaltung, insbesondere gemeinsames Musizieren.

Dr. *Oppe* erwidert, daß er durchaus kein Reformgegner sei; er habe nur sagen wollen, daß man nicht zu weit gehen solle. Übrigens seien sehr beträchtliche Reformen schon vor langer Zeit, nicht erst in den letzten Jahren, durchgeführt worden, z. B. die Einrichtung der Gefangenenanstalt I im Jahre 1912.

Im Schlußwort führt Dr. *Eichler* aus:

1. Zur sexuellen Not: Wenn man auch deren Vorhandensein verneine, so sei es doch zweckmäßig, sich mit der Frage zu beschäftigen, da sie von mancher Seite als Grund für das Verlangen nach Strafunterbrechung vorgebracht werde und z. B. in Rußland die Strafvollstreckung deswegen schon unterbrochen werde.

2. Zur Frage der Berufsausbildung: Man müsse zwischen Fortbildung und Ausbildung unterscheiden. Erstere sei bedenkenfrei und notwendig. Bei letzterer müsse man die Art des Berufs und die für die Ausbildung verfügbare Zeit berücksichtigen. Ausbildung zu industrieller Tätigkeit erfordere weniger Zeit, als Ausbildung zum Handwerker. Für die erstere fehle es in den Strafanstalten meist noch an den nötigen Einrichtungen, so daß in der Hauptsache nur die letztere in Frage komme. Hier bestehe allerdings die Gefahr der ungenügenden Ausbildung. Immerhin seien erfreuliche Leistungen zu verzeichnen z. B. bei der Herstellung von Möbeln.

3. Zur Frage der gesundheitlichen Fürsorge: Hier geschehe nicht zu viel. Für die Gestaltung ausreichenden Personals tue das Ministerium sein möglichstes, doch seien die Mittel beschränkt. Auswüchse, wie die aus der Tuberkulose-Anstalt in Glatz berichteten, könne und müsse man mit aller Strenge bekämpfen.

4. Die Erziehung während der Strafvollstreckung beeinträchtige die Strafe nicht; denn auch zur Erziehung gehöre die Abschreckung. Übertreibungen werden verschwinden.

2. Stadtmedizinalrat Dr. *Oehmig:* Krankenvorstellung eines Brandstifters.

Der Fall wird als epileptische Geistesstörung beurteilt, es besteht volle Erinnerung an alle Einzelheiten zur Zeit der Straftaten (Anzünden mehrerer Strohfeimen); in der Vorgeschichte sind vereinzelt Ohnmachtsanfälle nachzuweisen. Täter hat noch zwei Tage vor der Tat seine Geschäfte versehen, ist dann auffällig gewesen durch verschiedene zwecklose Handlungen, ist schließlich ziellos mit seinem Auto aufs Land gefahren, dort auf einem Acker stecken geblieben, wo er eine in der Nähe befindliche Strohfeime anzündete, später noch eine, »sie standen so da«. Die folgenden Wochen und jetzt anhaltender starker Verstimmungszustand. Täter macht sich aber nicht wegen der Brandstiftung Vorwürfe, sondern beschuldigt sich verschiedener früherer Verbrechen, z. B. des Betrugs in seinem Geschäft und faßt seine Internierung als Strafe dafür auf.

198. Sitzung am 5. 5. 27.

Regierungsmedizinalrat Dr. *Carl Schneider*, Arnsdorf: »Über Charakterfehler und ihre Beziehungen zur geminderten Zurechnungsfähigkeit (g. Z.)«. Es darf angenommen werden, daß die g. Z., wenn ihr Grundsatz auch noch nicht endgültig formuliert ist, Gesetz werden wird. Aber nur die höheren Grade werden in irgend einer Form forensische Berücksichtigung finden. Da man sich nun bereits heute auf die g. Z. der lex ferenda bezieht, ist es nötig, das Problem der unteren

Grenze der g. Z. zu erörtern. Als Kriterien der Grenzbestimmung kommen Körperbau und Heredität vorläufig nicht in Frage. Die sozialen Merkmale des Lebensganges geben nur Hinweise auf die Möglichkeit der seelischen Abwegigkeit, die selbst wieder bewiesen werden muß. Aus psychologischen Kriterien läßt sich kein Gradmesser gewinnen. Ungeeignet sind Zugehörigkeit zu den Temperamentstypen *Kretschmers,* Charaktere der inneren Nötigung zur kriminellen Handlung, Unverständlichkeit aus den im Einzelfall bekannten Eigenschaften u. a. m. Allein die Häufung abwegiger seelischer Eigenschaften und der Nachweis ihrer sozialen Bedeutsamkeit (zahlreiche gleichsinnig wirkende Umwälz-Einflüsse besonders der Nachkriegszeit sind zu berücksichtigen) beweisen einen erheblichen Grad der Verminderung der Zurechnungsfähigkeit, ebenso das wiederholte gesetzmäßige Vorkommen psychopathischer Ausnahmezustände. Die mögliche Besserungsfähigkeit darf nicht in die Abschätzung der g. Z. einbezogen werden. (Der Vortrag ist im 10. Heft der Deutschen Zeitschrift für die gesamte gerichtliche Medizin Seite 593—610 veröffentlicht). —

Besuch der Jugendburg Hohnstein (Sächs. Schweiz) am 22. 5. 27. Führung durch den Burgwart *Hahnewald.*

199. Sitzung am 22. 9. 27.

1. Stadtmedizinalrat Dr. *Kahl*: Krankenvorstellung eines 15-jährigen Schülers, der mehrere Sittlichkeitsverbrechen an kleinen Mädchen im Alter von 9 und 10 Jahren begangen hat und im Verlauf der Untersuchung hysterische Krampfanfälle bekam. Es handelt sich um sexuelle Probierhandlungen eines mangelhaft entwickelten und angeboren haltlosen Psychopathen. In Anbetracht dieser Veranlagung bestanden Zweifel an seiner Zurechnungsfähigkeit.

2. Stadtmedizinalrat Dr. *Oehmig*: Krankenvorstellung eines Mannes, der in angetrunkenem Zustand vom Wirt aus dem Lokal hinausgeworfen worden war und dabei einen Bruch der Schädelbasis erlitten hatte. Nicht selten werden bei betrunken in die Heil- und Pflegeanstalt eingelieferten Personen ernste Verletzungen, wie Schädelbrüche, vorgefunden, weshalb bei anscheinend sinnlos betrunkenen Personen entsprechende Fürsorgemaßnahmen, sofortige ärztliche Behandlung bzw. Einlieferung in eine geeignete Anstalt notwendig seien.

3. Professor Dr. *Reiß*: Krankenvorstellung eines Schizophrenen, der in dem väterlichen Stalle Brandstiftung begangen hatte. Es handelt sich dabei um einen Racheakt aus krankhaften Motiven. Der Kranke fühlte sich durch seinen Vater ungerechterweise zurückgesetzt.

4. Ministerialrat Dr. *Rauschenbach* berichtete über den neuen Strafgesetzentwurf in der vom Reichsrat verabschiedeten Fassung.

Am 27. 10. und 3. 11. 27 fanden Führungen der Mitglieder des Vereins durch das Psychotechnische Heilinstitut in Dresden, Helmholzstr. 7, durch Professor Dr. ing. *Sachsenberg* bzw. seinen Assistenten Herrn *Bode* statt. Die neuesten psychotechnischen Untersuchungsmethoden, insbesondere auf Berufseignung, wurden praktisch vorgeführt und erläutert.

200. Sitzung am 30. 9. 27.

Medizinalrat Dr. *Oppe* begrüßte als 1. Vorsitzender die erschienenen Vertreter der Behörden und der Wissenschaft — es waren einschließlich der geladenen Gäste 99 Personen anwesend — ging dann auf die

Gründung und die Geschichte der forens.-psych.-Vereinigung ein, deren 1. Sitzung am 7. März 1894 stattfand. Gegründet wurde die Vereinigung vor. 14 Juristen und Medizinern, die Mitgliedszahl beträgt zurzeit 100. 1922 wurden Satzungen beschlossen. Die Sitzungen fanden meistens in der Heil- und Pflegeanstalt Dresden statt. Geheimer Medizinalrat Dr. *Ganser*, Oberjustizrat Dr. *Ginsberg* und Geheimer Medizinalrat Professor Dr. *Ilberg* wurden zu Ehrenmitgliedern ernannt. Die neuen Ehrenmitglieder dankten persönlich. Dr. *Ilberg* überbrachte die Grüße des Landesgesundheitsamtes und wies im speziellen auf die seit Gründung des Vereins erreichten Fortschritte der Psychiatrie, des Strafvollzugs und der sozialen Fürsorge für Geisteskranke und Gefangene hin.

Es folgte Vortrag von Professor Dr. *Reiß*: »Das Problem der Anlage zum Verbrecher in seiner heutigen Gestalt«.

Nach der Sitzung fand ein geselliges Beisammensein im Stadtverordnetenzimmer des städtischen Rathauskellers in Dresden statt.

201. Sitzung am 15. 12. 27.

1. Medizinalrat Dr. *Oppe* gab einen Überblick über die vergangenen zwei Vereinsjahre und kündigte eine Reihe von zugesagten neuen Vorträgen an. Auch regte er Erwägungen über etwa mögliche Abhilfe des von ihm oft empfundenen Mißstandes an, daß mündliche Gerichtsgutachten oft Dinge enthalten, die besser nicht in Gegenwart des Angeklagten oder seiner Familie oder überhaupt in der Öffentlichkeit gesagt werden, bei der augenblicklichen Prozeßordnung jedoch öffentlich gesagt werden müßten.

2. Wahlen: Gewählt wurden Ministerialrat Dr. *Rauschenbach* zum 1. Vorsitzenden, Professor Dr. *Reiß* zum 2. Vorsitzenden, Landgerichtsrat Dr. *Tzschucke* zum 1. Schriftführer, Oberregierungs-Medizinalrat Dr. *A. Hofmann* zum 2. Schriftführer.

2. Regierungsmedizinalrat Dr. *Maaß*, Waldheim: »Selbstanklagen und pathologische Geständnisse«.

Selbstanklagen und pathologische Geständnisse sind nichts seltenes. Beide sind nicht identisch. Selbstanklagen kommen auch unter normaleinfühlbaren Umständen vor, z. B. mit realem Sachverhalt und zutreffender Täterschaft aus ethischer Überlegung und Gewissensbissen; bei nicht zutreffender Täterschaft aus Familien- oder Kastengeist oder Gewinnrücksichten; bei weder sachlich noch persönlich zutreffendem Tatbestand nicht selten bei Strafverfahren und im Strafvollzug, sowie aus sonstigen persönlichen Motiven. In der Selbstanklage ist also eine Schädigung eigener Interessen oder ein Selbstvernichtungsversuch nicht in jedem Falle zu erblicken. Ebensowenig braucht ein pathologisches Geständnis auf fingiertem Tatbestand zu beruhen wie letzterer deswegen für eine pathologische Äußerung gehalten zu werden (*Heilbronner*). Als pathologisch ist ein Geständnis nur dann anzusehen, wenn es auf einen entsprechenden Seelenzustand und pathologische Motive zurückzuführen ist. In der klinischen Einteilung wird die *Heilbronners* nach den maßgeblichen psychopathologischen Momenten für die beste gehalten. Pathologische Geständnisse kommen demnach am häufigsten vor bei depressiver Gemütsstimmung, und zwar sowohl in der melancholischen Phase des manisch-depressiven Formenkreises wie in dem depressiven Anfangsstadium organischer, zu Verblödung führender

Psychosen bei den Schizophrenien und bei progressiver Paralyse, ferner bei echter Paranoia und mit Vorliebe in den ängstlichen Erregungszuständen von Epileptikern wie bei der chronischen Halluzinose der Säufer. In manisch-expansiver Gemütsstimmung ist ein Geständnis seltener, am häufigsten noch ebenfalls bei beigesellter Angst (Degenerierte, Trinker). Auch an Affektzustände mit Erregung muß gedacht werden. Bei Bewußtseinstrübung handelt es sich gewöhnlich um epileptische oder hysterisch-degenerative Dämmerzustände. Am häufigsten findet sich pathologisches Geständnis bei konstitutioneller Minderwertigkeit, sowohl durch Fremd- wie Eigensuggestion, in beiden Fällen auf pathologisches Geltungsbedürfnis und Phantasietätigkeit zurückzuführen. Auch durch Erinnerungsfälschungen sind derartige Geständnisse vorgekommen. Schließlich ist noch der intellektuellen Minderwertigkeiten zu gedenken.

Die Bewertung derartiger Geständnisse ist juristisch wie medizinisch oft schwierig. Ausschlaggebend für ihre Aufklärung ist der Kriminalist, da die psychiatrische Untersuchung über die Beurteilung der Tat oder der Täterschaft vielfach keine Klarheit brachte. Der Nachweis der Geisteskrankheit spricht nicht gegen die Täterschaft. Daher darf die strafrechtliche Bewertung des im geisteskranken Zustande abgelegten Geständnisses nicht ohne weiteres verneint werden. Hierfür spricht der folgende interessante Fall.

W., jetzt 30jähriger junger Mensch aus gut bürgerlichen Verhältnissen. Frühzeitige Beweise ethisch-moralischen Defektes und frühe soziale Minderwertigkeit. Früher erfolgreiche Simulation von Epilepsie zwecks Befreiung vom Heeresdienst pp., später Gewohnheitsdieb. Hierdurch Frühjahr 1920 in Untersuchungshaft. In ihr psychisch gedrückt durch einen vorwurfsvollen Brief seiner Mutter, an die er stark gebunden ist, weil sie sich von ihm lossagen will. Zur Klärung der behaupteten Epilepsie Beobachtung in einer Heil- und Pflegeanstalt. Aufnahme in die Heil- und Pflegeanstalt Mai 1920. Hier fast sofortiger Ausbruch einer akuten Psychose, die nach eigenem Geständnis zunächst simuliert werden sollte, sich aber schnell zu einem psychotischem Ausnahmezustand verselbständigte. Bei ihr starke Angst, Beziehungsideen, Halluzinationen, Bewußtseinstrübung, Verkennung der Umgebung, Vorbeireden, Zeitweise aber auch Haltungs- und Bewegungsstereotypien, Stupor, Nahrungsverweigerung, Autismus und barocke Gedankengänge. Mit kurzen Zwischenräumen Dauer der eigentlichen Psychose bis Juni 1921. Einige Wochen nach Beginn der Psychose das mehrfach wiederholte Geständnis eines im Februar d. J. begangenen und bisher nicht geklärten Raubmordes. Anzeige an die Staatsanwaltschaft, Ermittlungsverfahren trotz der Psychose. Hierbei zuerst unklare, später völlig geordnete Sachangaben W.s. Daraufhin Gutachten der Anstalt, in der er war, wie der zuständigen Universitätsklinik. Beide verneinen Einschlag des § 51 StGB., erklären W. aber zurzeit für geisteskrank. Die Frage eines psychogenen Zustandsbildes oder eines schizophrenen Prozesses blieb ungelöst. September 1921 erneutes Gutachten. Hiernach war die Psychose seit einigen Monaten abgeklungen und W. wurde für verhandlungs- und haftfähig erklärt. Daraufhin Untersuchungshaft und Hauptverhandlung Dezember 1921. Erneutes volles Geständnis, wie auch die ganze Zeit vorher. Todesurteil, mit späterer Begnadigung zu lebenslänglichem Zuchthaus. In der Strafhaft die ersten Jahre psychisch frei, wenn auch disziplinell schwierig. Seit 1924 zuneh-

mendes Hervortreten eines aus der früheren Psychose übernommenen Residualwahnes mit gleichlaufender paranoid-querulatorischer Einstellung wegen der Verurteilung und speziell gegen den Hauptgutachter. W. glaubt als Minderwertiger zu streng oder überhaupt zu unrecht bestraft zu sein. Der Residualwahn besteht in Weltbeglückungs- und Verbesserungsideen, auf Grund denen er den Mord ohne persönliches Risiko glaubte gestehen zu können. Hierbei außerdem Gefühl völliger Persönlichkeitsumwandlung und entsprechende praktische Einstellung.

Die Lehren des Falles werden im einzelnen besprochen nach den einschlägigen normalen wie pathologisch-psychologischen Gesichtspunkten wie für die Frage der erwiesenen anfänglichen Simulation und den Zusammenhang letzterer mit der Psychose. Für die Frage der Simulation überhaupt wird der *Wilmanns*sche Standpunkt vertreten auf Grund eigener Erfahrungen. Der Inhalt der akuten Psychose wird strukturell erörtert, weil die ausführlichen und gewandten Aufzeichnungen W.s über seine seelischen Erlebnisse in und durch die Psychose dies nahelegen. Forensisch war für die Gutachter die diagnostische Unterscheidung zwischen psychogener Psychose und schizophrenem Prozeß besonders wichtig rücksichtlich des § 51. Es ist bemerkenswert, daß letzterer abgelehnt wurde trotz der Unklarheit der laufenden Psychose. Der spätere Verlauf hat jedoch den Standpunkt der Sachverständigen bestätigt. — Fall W. ist also in jeder Hinsicht ein typisches Beispiel für ein pathologisches Geständnis. Es erwächst lediglich aus dem psychotischen Zustand, da W. aus den mit seinen pathologischen Annahmen nicht übereinstimmenden Folgen seines Geständnisses einen Irrtum eingesehen hat, das Geständnis in vieler Hinsicht bedauert und gegen das Urteil fortgesetzt ankämpft.

Aussprache: Professor Dr. *Reiß* wies darauf hin, daß in dem behandelten Fall die Tat für W. offenbar nicht tragbar war, und zwar infolge des Konfliktes mit seinem Selbstgefühl, nicht aus irgend welchen ethischen Motiven. In einem ähnlichen Falle war ein Mädchen aus anständiger Familie in der Kriegszeit von einem Russen geschwängert worden und hatte das Kind nach der Geburt getötet. Sie gestand ohne Gefahr einer Entdeckung. Später entwickelte sich bei dem Mädchen ein wahnhaftes System. Sie glaubte als Mutter Gottes Christus geboren zu haben.

Dr. *Maaß* suchte das Motiv zu dem Geständnis in seinem Falle in der starken Mutterbindung des Verbrechers, der vorher einen ihn sehr bewegenden Brief von der Mutter erhalten hatte.

202. Sitzung am 26. 1. 28.

Krankenvorstellungen durch die Herren Dr. *Kahl*, Dr. *Kähler* und Professor Dr. *Reiß*.

203. Sitzung am 23. 2. 28.

Oberregierungsmedizinalrat Dr. *Maaß*, Waldheim: »Erinnerungsfälschungen als Form der Haftpsychose«.

Assozierende und identifizierende Erinnerungsfälschungen (*Kraepelin*) spielen in der forensischen Psychiatrie nicht selten eine Rolle, zumal sie nicht immer leicht als solche zu erkennen sind, besonders bei sonst wenig auffälligen Psychopathien, weil ihr Inhalt oft große Realitätsmöglichkeiten hat und sie häufig recht kritisch begründet werden. Es wird das

hierfür gehörige Fehlurteil der österreichischen Strafrechtspflege aus dem Jahre 1900 (*Zingerle*, psych. neur. Wo. 1906) erwähnt. Die psychopathologische Struktur der Erscheinung wie ihre Abgrenzung von deliranten, halluzinatorischen und Traumerlebnissen wird besprochen, ebenso die von echten Wahnideen. Besonders schwierig ist gelegentlich die Unterscheidung von echten Erinnerungen und bewußten Lügen. Würdigung des ganzen Sachverhalts, der Entwicklung, der Erscheinung wie besonders der Persönlichkeitsstruktur sind hier notwendig. Es wird ein Fall besprochen, auf den alle erwähnten Voraussetzungen zutreffen und bei dem die Erinnerungsfälschungen den Inhalt einer haftpsychotischen Störung in der bekannten psychopathologischen Ursache für diese bildeten. Die forensische Wichtigkeit der Erkennung solcher Erinnerungsfälschungen liegt zwar nicht in einer veränderten Auffassung der Straftat, aber wohl des Täters, da sie auf dessen konstitutionelle Minderwertigkeit hinweisen und dementsprechend für die Urteilsbildung des Gerichts über den Täter wichtig sein können.

204. Sitzung am 7. 3. 28.

Professor Dr. *Wilmanns*, Heidelberg: »Verminderte Zurechnungsfähigkeit«. Dr. *Wilmanns* sprach über die praktische Durchführbarkeit der Bestimmungen der Entwürfe über die Behandlung der sog. vermindert Zurechnungsfähigen, das zentrale Problem des neuen Strafgesetzbuches.

Der Gesetzgeber will: 1. den vermindert Zurechnungsfähigen als minder Schuldhaften milder, d. h. kürzer, 2. als abnormen Menschen vor allem aber anders strafen als den Vollwertigen, d. h. ärztliche und erzieherische Maßnahmen sollen im Strafvollzuge in den Vordergrund gestellt werden, 3. diese im Falle seiner Gemeingefährlichkeit solange in besonderen Verwahrungsanstalten fortsetzen, bis die Erziehung des Rechtsbrechers zu einem sozialen Staatsbürger erreicht ist.

Der Vortragende bemüht sich nachzuweisen, daß diese zunächst ungemein einleuchtenden Pläne praktisch undurchführbar sein werden.

Daß der Begriff verminderte Zurechnungsfähigkeit ein ungemein verschwommener und vieldeutiger ist, ist immer wieder hervorgehoben und auch von den Verfassern der Entwürfe nicht verkannt worden. Die Bemühungen, ihn für die Bedürfnisse der Rechts- und Sicherheitspflege einzuschränken, werden jedoch vergeblich sein. Die Forderung, daß der Zustand »krankhafter Natur« sein müsse, bietet keinen Schutz gegen mißbräuchliche Anwendung, denn die Domäne der vermindert Zurechnungsfähigen liegt im Gebiete der individuellen Variationen der Norm, und die Entscheidung, ob ein krankhafter Zustand oder eine sittliche Verirrung eines gesunden Menschen vorliegt, läuft auf seine Bewertung, d. h. auf subjektives Ermessen, d. h. auf Willkür hinaus. Auch wenn wir uns nicht die Ansichten des Vorentwurfes zu eigen machen, wonach auch Entartung und Schlaftrunkenheit als Zustände von im hohen Grade verminderter Zurechnungsfähigkeit gelten dürfen, wird das Gebiet ein unbegrenzbares und ungeheuer weites bleiben. Berücksichtigt man, daß nach zahlreichen psychiatrischen Untersuchungen die Mehrzahl der gewohnheitsmäßigen Asozialen an »krankhaften« seelischen Mängeln leiden, so wird der Sachverständige in einer kaum übersehbaren Zahl von Fällen, insbesondere in der überwiegenden Zahl der Bettler, Landstreicher, Pro-

stituierten, rückfälligen Eigentumsverbrecher, Sittlichkeitsverbrecher usw. die Frage, ob die Zurechnungsfähigkeit im hohen Grade vermindert sei, bejahen. Ob aber der Richter diese Frage in einer der Verbreitung dieser Zustände einigermaßen entsprechenden Häufigkeit aufwerfen wird, ist mehr als zweifelhaft, da nach dem Urteil unserer führenden Strafrechtslehrer — sowohl der klassischen wie der modernen Schule —, denen der Psychiater lebhaft zustimmen muß, der Strafrichter gar nicht in der Lage ist, die Zustände verminderter Zurechnungsfähigkeit im Strafverfahren zu erkennen. Selbst wenn der immer wieder geforderte psychologisch vorgebildete und erfahrene Idealrichter geschaffen werden könnte, selbst dann würde eine völlige Umgestaltung des Strafverfahrens Voraussetzung für eine annähernd gleichmäßige Erfassung der vermindert Zurechnungsfähigen unter den Angeschuldigten sein. Da das praktisch jedoch unmöglich ist, so wird die große Masse der vermindert Zurechnungsfähigen als solche unberücksichtigt bleiben. Der Begriff wird einen unbequemen Ausweg bieten, wenn Gefühl und Stimmung sich gegen ein freisprechendes Urteil wehren; er wird ein billiges Kompromiß sein, wenn die Ansichten der Richter und Sachverständigen, etwa bei Beurteilung einer beginnenden Psychose, auseinandergehen; er wird den Geschworenen die Möglichkeit geben, bei Verbrechern, die ihren Ursprung in heftigen, aber noch normalen Affekten haben, ungerechtfertigte milde Entscheidungen zu fällen. Die Forderung der Entwürfe, daß sich die richterliche Aufmerksamkeit in jedem einzelnen Falle der geistigen Minderwertigkeit zuwende, wird somit nie erfüllt, das erste Ziel der Entwürfe aber nicht erreicht werden können.

Das zweite Ziel der Entwürfe ist die individualisierende Behandlung der vermindert Zurechnungsfähigen im Strafvollzug. Vom Individualisieren sprechen unsere Strafvollzugsbeamten, solange überhaupt ein geordneter Strafvollzug besteht. Das eine Individualisierung im Strafvollzuge unmöglich ist, hat man erst in allerjüngster Zeit erkannt und offen zugegeben. Dieser Erkenntnis verdankt der Strafvollzug in Stufen seine Entstehung, der bewußt auf das verzichtet, was wir unter individualisieren verstehen und die Gefangenen nach ihrem »hausordnungsmäßigen Verhalten« in Gruppen annähernd gleicher Führung einteilt. Es liegt aber auf der Hand und wird von den modernen Strafvollzugsbeamten auch nicht bestritten, daß der vermindert Zurechnungsfähige in einem Strafvollzuge, der die Gefangenen nach ihrer hausordnungsmäßigen Führung sortiert, genau so schlecht fahren muß, wie er es bisher getan hat. Soll es vermieden werden, so wird nichts anderes übrig bleiben, als diese zumeist affektiv abnormen vermindert Zurechnungsfähigen in besonderen, unter der Führung ausgewählter und erfahrener Leiter stehenden Anstalten der geforderten individualisierenden Behandlung zu unterwerfen. Solche »Minderwertigkeitsabteilungen« besitzt Preußen schon seit Jahrzehnten und Thüringen seit einigen Jahren. Die Erfahrungen damit sind schlecht; sie haben sich keinesfalls bewährt. Die Anpassung des Strafvollzugs an die Bedürftigkeit der vermindert Zurechnungsfähigen setzt demnach vor allem tiefgreifende bauliche Umgestaltungen unserer Zellenstrafanstalten und planmäßige wissenschaftliche und praktische Vorbildung der bedeutend vermehrten Strafvollzugsbeamten voraus. Da diese Forderungen unerfüllbar sind, wird auch das zweite Ziel der Entwürfe nicht erreicht werden können.

Das dritte Ziel des neuen Gesetzes ist die Unterbringung, Verwahrung und Sicherung. Wer, wo und wie lange soll gesichert werden?

Gesichert sollen werden: die gemeingefährlichen vermindert Zurechnungsfähigen, nach Ansicht vieler Juristen und Psychiater alle vermindert Zurechnungsfähigen, von denen eine ernste Gefahr für Leben, Gesundheit, Gut und Ehre anderer mit einem hohen Grade von Wahrscheinlichkeit zu erwarten sei. Mit anderen Worten — abgesehen von den vermindert zurechnungsfähigen Kapitalverbrechern — die vermindert zurechnungsfähigen Sittlichkeitsverbrecher, rückfälligen Körperverletzer und das Heer der vermindert zurechnungsfähigen Eigentumsverbrecher. Wie soll aber gegen die vermindert zurechnungsfähigen Asozialen, die Bettler, Landstreicher, Prostituierten verfahren werden? Stellt man sich auf den Standpunkt der Entwürfe, so muß ihre mindere Schuld im Strafmaße berücksichtigt werden. Denn die Strafmilderung ist nicht fakultativ, sondern obligatorisch, »was allein nur dem Grundgedanken, sobald dieser einmal für berechtigt anerkannt wird, entspricht«, wie es im Vorentwurfe heißt. Da es aber kriminalpsychologisch unsinnig wäre, den gewohnheitsmäßigen Müßiggänger kürzer als den in unverschuldeter Notlage bettelnden Arbeiter zu strafen, so bliebe nichts anderes übrig, als die vielen Tausende von vermindert zurechnungsfähigen Asozialen in irgend einer Weise zu verwahren. Diese sind nach *Gotheins* Ausspruch »die Reservearmee des Kapitals«.

Sie sollen verwahrt werden in Heil- und Pflegeanstalten. Daß darunter nicht die Heil- und Pflegeanstalten für Geisteskranke zu verstehen sind, ist von den Psychiatern immer wieder mit guten Gründen nachdrücklich betont worden. Da die Schutzaufsicht nur bei einer beschränkten Gruppe von vermindert zurechnungsfähigen gewohnheitsmäßigen Rechtsbrechern und für die große Masse nur die Verwahrung in Frage kommen kann, wird die Errichtung besonderer, ausschließlich für sie bestimmter Anstalten notwendig sein, die unter psychiatrischer Leitung stehend, mit einem sehr reichlichen, für ihre besondere Aufgabe ausgewählten und ausgebildeten Wartepersonal ausgestattet sind.

Der Ausdruck »Heil«- und Pflegeanstalt läßt darauf schließen, daß sich der Gesetzgeber — den Anschauungen von *Stoß* und *Kahl* folgend — von der Heilungsfähigkeit der Zustände verminderter Zurechnungsfähigkeit ein falsches Bild macht. Die kriminalistisch bedeutsamen Zustände verminderter Zurechnungsfähigkeit sind in den sog. Dauerzuständen zu finden, auf die der Arzt und Erzieher nur einen sehr beschränkten Einfluß auszuüben vermag; die große Masse der vermindert Zurechnungsfähigen wird man daher als unheilbar erachten müssen. Wird die Bestimmung: »die Unterbringung dauert so lange, als es der Zweck der Anordnung erfordert« wirklich befolgt, so wird es bei unzähligen Anstaltsinsassen auf eine für den ganzen Rest ihres Lebens dauernde Unterbringung hinauslaufen müssen. Der beruhigende Hinweis der Psychiater, daß ja auch der Geisteskranke gegebenenfalls lebenslänglich seiner Freiheit beraubt werde, wenn das öffentliche Wohl es verlange, geht von irrigen Voraussetzungen aus. Unzurechnungsfähige Geisteskranke werden überwiegend als absolut Asoziale aus Individualursachen, vermindert zurechnungsfähige geistig Abnorme überwiegend als relativ Asoziale aus Sozialursachen verwahrt. Chronisch Geisteskranke sind zumeist dement oder autistisch, d. h. versunken in ihr wirklichkeitsfremdes Innenleben; die geistig Abnormen,

die ja als Variationen der Norm den Gesunden viel näher stehen als den Geisteskranken, sind zumeist erfüllt von lebhaftem Freiheitsdrang, voll Begierde nach materiellen Gütern, nach sexuellen und anderen sinnlichen Genüssen. Sie werden die Verwahrung als einen Eingriff in die Freiheit von sinnloser Härte, als eine beispielslose Ungerechtigkeit empfinden und sich mit verzweifelten Mitteln gegen diese Maßregel aufbäumen. Sie werden es um so mehr tun, als es — entgegen den wirklichkeitsfremden Forderungen der Juristen — unmöglich sein wird, die Unterbringung in derartigen Heil- und Pflegeanstalten von jeder Übelszufügung im Sinne unseres Strafvollzugs freizuhalten, da sich Zucht und Ordnung unter diesen schwierigen Elementen ohne Arbeitszwang und ohne strenge Disziplin nicht aufrecht halten läßt. Man wird daher *Aschaffenburg* zustimmen müssen, wenn er meinte: »Zweifellos ist die sicherste Maßnahme die härteste Strafe, die man verhängen kann«.

Dann aber würde es sich fragen: Wird der seiner Verantwortung bewußte Richter auf Grund einer nur oberflächlichen Kenntnis der Persönlichkeit des Angeschuldigten es wagen, von der Verwahrung der gemeingefährlichen vermindert Zurechnungsfähigen den Gebrauch zu machen, den die meisten Juristen und Psychiater und auch die Entwürfe im Interesse der öffentlichen Sicherheit erwarten? Wird nicht gerade der gerechte, menschlich fühlende Richter, in der Hoffnung, daß der Strafvollzug doch noch bessernd auf den vermindert Zurechnungsfähigen einwirken könne, aus Mitleid mit dem Rechtsbrecher, der in der Hauptverhandlung einen reuigen Eindruck machte und Besserung gelobte, aus sozialen Rücksichten auf die ungünstigen Verhältnisse, unter denen er aufwuchs, in dem Ergreifen von Sicherungsmaßregeln sehr zurückhaltend sein. Es ist bemerkenswert, daß man in anderen Ländern mit ähnlichen gesetzlichen Bestimmungen schlechte Erfahrungen gemacht hat. Das Rezidivistengesetz in Frankreich hat Fiasko gemacht; die preventive Detention in England hat sich nicht bewährt; das Gesetz gegen Gewohnheitseinbrecher in Neusüdwales wird kaum angewandt; der § 65 des NorwStGB. ist ein toter Buchstabe geblieben, ja Norwegen kennt in den §§ 56 und 93 die mildere Bestrafung der vermindert Zurechnungsfähigen und Sicherungsmaßregeln gegen sie im Falle ihrer Gemeingefährlichkeit; das Gesetz hat bisher so gut wie keine Anwendung gefunden!

Die letzten Garantien, daß der gemeingefährlich vermindert Zurechnungsfähige verwahrt werde, »solange als es der Zweck der Anordnung erfordert«, würde fallen, falls — wie es der letzte Entwurf vorschlägt — die Verwaltungsbehörde das Recht erhielt, den Spruch des Richters nachzuprüfen und gegebenenfalls umzustoßen. Denn die Verwaltungsbehörde wird schon aus finanziellen Gründen genötigt sein, die Zahl der Verwahrten tunlichst zu beschränken, und zwar um so mehr, je weniger die Vermögenslage der Länder die Errichtung besonderer Heil- und Pflegeanstalten für vermindert Zurechnungsfähige gestatten wird. Würde man aber den Vorschlag *Aschaffenburgs* befolgen, die gemeingefährlich vermindert Zurechnungsfähigen in Strafanstalten zu verwahren, so würde das auf einen »Etikettenschwindel« hinauslaufen, der die ohnehin für breite Volksmassen schwer tragbare Maßregel völlig in Mißkredit bringen würde.

Die Verfechter der vorgeschlagenen Bestimmungen haben im Verlaufe der Diskussionen wohl eingesehen, daß die erstrebten Ziele unerreichbar sind und offenbar aus diesem Grunde dem Gesetzgeber empfohlen,

auf die ausdrückliche Berücksichtigung der verminderten Zurechnungsfähigkeit im Strafmaße zu verzichten und es dem Richter anheimzustellen, ob er die mindere Schuld des geistig abnormen Rechtsbrechers im Strafmaße zum Ausdruck bringen wolle oder nicht. Mit der Einführung der fakultativen Berücksichtigung der verminderten Zurechnungsfähigkeit wäre zwar die unvermeidliche Ungleichheit in der Anwendung der vorgeschlagenen Bestimmungen amtlich sanktioniert, gleichzeitig aber auch das Strafmaß abgeschafft. Die Entwürfe haben sich bisher gescheut, diesen Schritt zu tun, und ich möchte bezweifeln, ob sich ein Gesetzgeber, der das Problem in seiner ganzen Tragweite übersieht, bereit finden wird, das freie Ermessen des Richters in einer derartigen Weise zu überspannen, am wenigsten aber zu einer Zeit, wo breite Volksmassen — ob zu Recht oder Unrecht, bleibe dahingestellt — ihr bisheriges Vertrauen zum Strafrichter verloren haben.

Die Vertreter der modernen Psychiatrie würden, sofern sie den Mut haben, sich von den Vorurteilen und Irrtümern der Vergangenheit frei zu machen, sich auf folgende 3 Forderungen an ein künftiges Gesetz beschränken dürfen:

1. ist dringend notwendig: eine gesetzliche Regelung der Verwahrung gemeingefährlicher unzurechnungsfähiger Rechtsbrecher, und zwar nicht nur der freigesprochenen, sondern auch der außer Verfolgung gesetzten und der nicht angeklagten, deren die Entwürfe überhaupt nicht gedenken.

2. muß das künftige Gesetz dem Richter die Möglichkeit geben, eine von ihm erkannte krankhafte Veranlagung, die sich zur Zeit der Tat auswirkte, ebenso wie hochgradigen Affekt, Nötigung, Verführung usw. beim Ausmaß der Strafe mildernd zu berücksichtigen. Wenn die beiden letzten Entwürfe in den §§ 67 bzw. 69 bestimmen, daß vom Gericht bei Strafausmessung u. a. berücksichtigt werden soll: »das Maß der Einsicht des Täters und der Einfluß krankhafter oder ähnlicher Störungen auf seinen Willen«, so gibt diese Bestimmung dem Richter alle Möglichkeiten an die Hand, seelische Regelwidrigkeiten jeder Art bei der Bemessung der Strafe in Anrechnung zu bringen. Der Einführung des dehnbaren und vieldeutigen Begriffs der verminderten Zurechnungsfähigkeit bedarf es daher hierfür nicht.

3. Wird auch der Psychiater, der die Frage in ihrer ganzen Bedeutung und Schwierigkeit überblickt, sich grundsätzlich für die Unterbringung und Sicherung gemeingefährlicher vermindert zurechnungsfähiger und zurechnungsfähiger Rechtsbrecher aussprechen. Aber nur eine ganz grobe Verkennung der Verantwortung für die Verhängung einer so tief in die Freiheit des Individuums eingreifenden Maßregel, wie die Verwahrung auf unabsehbare Zeit ist, und der unendlichen Schwierigkeiten, die vermindert zurechnungsfähigen und unverbesserlichen Rechtsbrecher im Strafverfahren zu erkennen, konnte die Verfasser der Entwürfe bestimmen, die Entscheidung über die Unterbringungs- und Sicherungsbedürfnisse dem Strafrichter zu übertragen. Es ist von fundamentaler Bedeutung, daß erst der Vorentwurf diese Lösung empfahl und daß in den zahlreichen Diskussionen, die ihm vorausgingen, so gut wie Einigkeit darüber herrschte, daß es nicht Sache des Strafrichters sein könne, eine Entscheidung von dieser Tragweite zu fällen. Die Psychiater sowohl wie die Vertreter der klassischen und modernen Strafrechtsschule haben immer wieder mit Nachdruck betont, daß über das Ergreifen von Sicherungsmaßregeln nur auf Grund erschöpfender Kenntnis des Rechtsbrechers, gründlicher Erfassung seines

Charakters, seines Vorlebens, der Erziehungseinflüsse, der Kriminalität, kurz der Gesamtpersönlichkeit entschieden werden könne, und daß dazu eine eingehende Beschäftigung mit dem Rechtsbrecher und seine längere Beobachtung nötig sei. Das Problem der sachverständigen Auslese der gemeingefährlichen Rechtsbrecher kann nur gelöst werden, wenn man auf die alten Vorschläge zurückgreift und die Entscheidung über Unterbringung, Verwahrung und Sicherung einem ausgewählten Sondergericht, einem Sicherungsgericht, übertragen wird. Dieses aus kriminalpsychologisch interessierten und erfahrenen Richtern und Laien — insbesondere Ärzten und Strafvollzugsbeamten — zusammengesetzte Fachgericht würde über die Unterbringung der freigesprochenen, aber auch der nicht angeklagten und außer Verfolgung gesetzten Unzurechnungsfähigen, ferner über die Verwahrung der vermindert zurechnungsfähigen gemeingefährlichen Rechtsbrecher — die voneinander zu trennen sachlich unmöglich wäre — zu beschließen haben. Die Berechtigung, Anträge auf Unterbringung und Sicherung bei dem Sicherungsgericht zu stellen, wäre nicht nur den Strafgerichten, sondern auch den Leitern der Fürsorge-, Erziehungs-, Strafvollzugs-, Korrigenden- und Heil- und Pflegeanstalten zu geben. Würde man solche Sicherungsgerichte an den großen Gerichtssitzen schaffen und ihnen sämtliche Sicherungsfälle aus ihrem Gerichtsbereiche zu sachverständiger Beurteilung und Entscheidung überweisen, so würden sich diese Sondergerichte in kurzer Zeit ein reiches Maß von praktischer Erfahrung erwerben können, wie sie allein auch nur in der Lage wären, die zahlreichen Möglichkeiten der Schutzfürsorge, der Unterbringung und Verwahrung in Strafanstaltsadnexen, Heil- und Pflegeanstalten, Epileptikeranstalten, festen Häusern, Kreis-Pflegeanstalten, Arbeitshäusern usw. in ihrem Bereich zu übersehen und in jedem einzelnen Sicherungsfall individualisierend die zweckmäßigste Entscheidung zu fällen. Dadurch, daß das Antragsrecht auf Unterbringung nicht auf die Strafgerichte beschränkt, sondern auf die Behörden erweitert würde, die erfahrungsgemäß mit gemeingefährlichen Rechtsbrechern in eine enge Berührung kommen, würde auch die Möglichkeit geschaffen, die im gewöhnlichen Strafverfahren nicht feststellbaren gemeingefährlichen Unterbringungs- und Sicherungsbedürftigen zu erfassen und der Ungleichheit und Verschiedenartigkeit der Auslegung der Bestimmungen durch die Strafrichter entgegenzuwirken. Das Strafgericht würde demnach ohne Rücksicht auf spätere Unterbringung und Sicherung des Rechtsbrechers auf die ordinäre Strafe erkennen; entscheidet das Sicherungsgericht nach gründlicher Prüfung und Bearbeitung des Falles auf Verwahrung, so wäre die Strafe abzusetzen und der Rechtsbrecher seiner Individualität entsprechend auf unabsehbare Zeit mit den richterlichen Kautelen umgeben, die unbedingt gefordert werden müssen, um Mißgriffe in der Ergreifung einer Maßregel zu vermeiden, die unter allen Umständen als eine schwere Härte und als eine Ungerechtigkeit von den meisten der davon Betroffenen und ihren Angehörigen erachtet werden wird.

Hat der Strafrichter die Gewißheit, daß sein Antrag auf Sicherung durch ein sachverständiges Gericht einer eingehenden Prüfung unterworfen und gewissenhaft entschieden werden wird, so wird er voraussichtlich ebenso wie die anderen antragsberechtigten Behörden reichlichen Gebrauch davon machen. Es ist daher zu erwarten, daß bei einem Sicherungsgericht sehr zahlreiche, mehr oder weniger begründete Anträge auf

Sicherung einlaufen werden. Es wird aber m. E. schon aus finanziellen Gründen unmöglich sein, auch nur die Rechtsbrecher zu verwahren, deren Unterbringung und Sicherung mit guten Gründen beantragt wird, und von diesen Maßregeln den Gebrauch zu machen, den viele Juristen und Psychiater und auch die Entwürfe anzunehmen scheinen, und der auch im Interesse der Allgemeinheit liegen würde. Die Sicherungsgerichte werden sich vielmehr darauf beschränken müssen, eine Auslese zu treffen und die Unterbringung gegen die allergefährlichsten Gesellschaftsfeinde anzuwenden, wozu wiederum nur diese zentralen Gerichte mit großer Erfahrung und Sachkenntnis befähigt sein werden. Ich halte jedoch die Beschränkung der Anwendung von Sicherungsmaßregeln auf die kleine Gruppe der Höchstgefährlichen nicht nur für gerechtfertigt, sondern auch für wünschenswert, aus zwei Gründen: zunächst ist das kriminelle Scheitern, auch des krankhaften Menschen, nur in einer beschränkten Anzahl von Fällen ausschließlich auf die Individualursachen, auf die Veranlagung zurückzuführen; vielmehr spielen bei den meisten Rechtsbrechern Sozialursachen eine entscheidende Rolle, sie sind das Produkt von Anlage und Milieu. Dann aber — meine ich — darf das sittliche Recht, einen Menschen zum Schutze der Allgemeinheit seiner Freiheit zu berauben, nur ein Staatswesen für sich beanspruchen, das alles menschenmögliche getan hat, um das Versinken des Gefährdeten in das Verbrechertum zu verhüten. Solange aber die Mängel auf allen Gebieten der Verbrechensprophylaxe so offenkundig sind wie jetzt, wird auch der Sicherungsrichter mit Verständnis für die Schwächen unserer sozialen Organisation Bedenken tragen, mit der Anordnung von Verwahrungsmaßregeln gegen gemeingefährliche Rechtsbrecher sehr freigebig vorzugehen. Weiterhin wird aber eine Zurückhaltung in der Anwendung dieser Bestimmungen auch aus organisatorischen Gründen nicht zu vermeiden sein. Es kann der Entwicklung unseres Sicherungswesens nur zum Vorteil gereichen, wenn es nicht überstürzt und dadurch in Gefahr gebracht wird, in Schematismus und Bureaukratie zu erstarren und diskreditiert zu werden. Wir müssen mit aller Besonnenheit und tiefstem sachlichem Ernst an diese Fragen herantreten; wir müssen vor allem zunächst einmal Erfahrungen auf den uns nahezu fremden und unendlich schwierigen Gebieten sammeln und dann erst die Unterbringung und Sicherung allmählich ausbauen, soweit sie im Interesse der Allgemeinheit nicht vermieden werden können. Vor allem aber dürfen nicht unter den ungeheuren Lasten, die uns durch die Verwahrung zahlreicher Personen auf unbestimmte Zeit auferlegt werden, nicht wichtigere Aufgaben in den Hintergrund gedrängt werden: die Vorbeugung des Verbrechens, insbesondere die Reform des Fürsorgeerziehungswesens.

Aussprache: Amtsgerichtspräsident Dr. *Mahn* wendet sich gegen die vom Vortragenden vorgeschlagene Einrichtung besonderer Gerichtshöfe, die über die Unterbringung vermindert Zurechnungsfähiger beschließen sollen.

205. Sitzung am 26. 4. 28.

Professor Dr. *Reiß* über »Individualpsychologie«. Anschließend einschlägige Krankenvorstellung.

206. Sitzung am 19. 5. 28.

Dr. *Ilberg:* »Die Heil- und Pflegeanstalt Sonnenstein in Vergangenheit und Gegenwart«. Hieran anschließend Führung durch die Anstalt.

207. Sitzung am 28. 6. 28.

Gefangenenanstaltsoberamtmann Dr. *Plischke* über »Die Lebenslänglichen.«

Aussprache: Professor Dr. *Reiß* betont, daß seine Erfahrungen aus dem Ludwigsburger Zuchthaus mit den Ausführungen des Vortragenden übereinstimmen. Bei Gewohnheitsverbrechern tauchen die Anzeichen der Geistesstörung nicht bei Beginn der Strafzeit auf, wie bei den Lebenslänglichen. Bei Einführung einer unbegrenzten Sicherungsverwahrung werden möglicherweise die jetzt bei den Lebenslänglichen auftretenden Krankheitserscheinungen auch bei den Gewohnheitsverbrechern ausgelöst werden.

208. Sitzung am 22. 11. 28.

Krankenvorstellungen: 1. Stadtmedizinalrat Dr. *Kahl* demonstriert einen Mann, der seine Aufwartung (verheiratete Frau mit 3 Kindern) vor 4 Wochen mit Beil und Messer (annehmbar in der Absicht eines sexuellen Attentats) schwer verletzt und die eindringenden Hausbewohner mit lautem Geschrei und den Worten empfangen hatte: »Lust ist Mord«. In der Anstalt zunächst schwere Erregungszustände mit Desorientierung, später schwankende Stimmung, nach 8 Tagen Beruhigung, gegenwärtig vollständig apathisch. Die körperliche Untersuchung ergab Zeichen einer organischen Gehirnerkrankung, voraussichtlich eine im Stirnhirn befindliche Hirngeschwulst. 14 Tage vor der Begehung der Tat war der Kranke den Behörden als auffällig und krank gemeldet worden. Vortragender erörtert die Frage, ob die bestehenden Bestimmungen wegen Einlieferung derartiger Kranker etwa reformbedürftig seien.

2. Bei einem Mann, der in schwer erschöpften Zustande mit Schnittwunden in der linken Pulsader in der Heide gefunden worden war, wurde Epilepsie mit Dämmerzustand festgestellt.

In der anschließenden Aussprache wurde die Frage der Entlassungsfähigkeit von ungeheilten Epileptikern mit periodisch auftretenden Dämmerzuständen von verschiedenen Gesichtspunkten besprochen.

3. Dr. *Rüder* stellte eine 47 Jahre alte Frau vor, die einen Selbstmordversuch mit Gas gemacht hatte. Gesichtsausdruck starr und unbeweglich, Verlangsamung der Denkfähigkeit, Abnahme der Merkfähigkeit, Teilnahmlosigkeit. Diagnose: Kohlenoxydgasvergiftung. Die forensische Wichtigkeit derartiger Fälle wird hervorgehoben, insbesondere, weil noch nach Wochen nach der Gasvergiftung, und zwar nach zunächst verhältnismäßigem Wohlbefinden derartige Krankheitssymptome auftreten können. Manchmal treten die Symptome zurück, andere Male kommt es zu allgemeinem Verfall.

209. Sitzung am 13. 12. 28.

Amtsgerichtsrat *Korn*, Dresden, über »Die Erforschung der Verbrechensursachen«.

Vortragender berichtet über neue Gedanken zur Erforschung der Verbrechensursachen, die Professor Graf *Gleispach* in einem Vortrag auf der Tagung der Internationalen Kriminalistischen Vereinigung im September 1925 in Innsbruck entwickelt hat, und denen sich der Referent auch für seine Person anschloß. Er grenzte zunächst den Begriff des Verbrechens im Sinne seiner methodologischen Untersuchung dahin ab, daß darunter



weder lediglich die nach § 1 StGB. als Verbrechen bezeichnete Taten, noch auch schlechthin die mit peinlicher Strafe bedrohten Handlungen gemeint sein sollen, sondern jede antisoziale Handlung, die infolge der Intensität des darin gegen die Gesellschaft enthaltenen Angriffs, mithin ihrer besonderen Gemeinschädlichkeit, eine soziale Reaktion nötig macht. Bei der Erforschung der Verbrechensursachen kann man zum Ausgangspunkt nehmen entweder einen konkreten Einzelvorgang und ihn betrachten, sei es als eine Ereignung im Leben des einzelnen, sei es als eine soziale Erscheinung, d. h. als einen Ausschnitt aus dem konkreten gesellschaftlichen Leben. Oder man kann zum Ausgangspunkt nehmen das Verbrechen als reine Massenerscheinung, d. h. als bloße Abstraktion. Der Geldunterschied des Untersuchungsgegenstandes bedingt dann auch einen Unterschied in der einzuschlagenden Methode. Die Erforschung jedes der beiden Untersuchungsgegenstände auf ihre Ursachen vermag unter Umständen der Kriminalpolitik wertvolle Fingerzeige für die Lösung ihrer Aufgaben zu geben.

Das Wort »Ursache« wird im Sinne einer Kategorie unseres Denkens gebraucht. Da wir indessen die Gesamtheit dessen, was gegeben sein mußte, damit ein anderes, hier das Verbrechen, eintrete, und zwar so eintrete, wie es wirklich eingetreten ist, können wir streng genommen niemals die Ursache irgend einer Erscheinung angeben. Wir können deshalb von der Ursache nur in dem Sinne sprechen, der sie der Bedingung völlig gleichstellt. Für jede kausale Betrachtung ergibt sich, daß jede Bindung, d. h. jeder Umstand, den wir als nächste Bedingung erkannt haben, selbst wieder bedingt ist, und zwar durch eine Unsumme von Bedingungen, von denen wieder dasselbe gilt und so fort. Daher muß man: 1. bei jeder Ursachenuntersuchung ganz genau den Zeitpunkt angeben, für den sie vorgenommen wird, denn sonst ist eine Vergleichung gewonnener Einzelresultate nicht möglich; 2. die kausale Verknüpfung nach rückwärts so weit verfolgen, als es möglich und erforderlich ist.

Einen Maßstab für die Grenze des Erforderlichen sowie für den Erkenntniswert der festgestellten unmittelbaren oder mittelbaren Bedingungen gibt der teleologische Gesichtspunkt; für den Kriminologen handelt es sich darum, die Grundlage für die Strafzumessung, die Gestaltung des Strafvollzugs und die Anwendung von Vorbeugungs- und Sicherungsmitteln zu finden. Der Zweckgedanke gestattet uns, die festgestellten Bedingungen nach sachlichen Gesichtspunkten zu ordnen und nach Aufweisung der Menge, der Stärke und der Intensität der einzelnen Bedingungsgruppen zu werten.

Ref. wandte sich nunmehr der Behandlung des ersten der beiden Untersuchungsgegenstände zu, der Untersuchung einzelner konkreter Verbrechen. Die erste Aufgabe ist hier die einer umfassend und erschöpfenden Beschreibung. Bei dem darauf folgenden Versuch einer kausalen Erklärung handelt es sich zunächst darum, die bloß begleitenden Umstände oder vorangehenden Umstände von den bedingenden zu sondern. Die Aufdeckung des ursächlichen Zusammenhangs, mindestens in der den Praktiker allein interessierenden Richtung, wieso es zu der verbrecherischen Betätigung überhaupt kam, kann nur dadurch gelingen, daß wir von gewissen konkreten Umständen absehen und dadurch die Fülle der Bedingungen einschränken. Wir werden darüber hinaus noch von weiteren

Bedingungsreihen absehen können und müssen. Einen Anhaltspunkt hierfür gibt uns wiederum der teleologische Gesichtspunkt, also der der Prognose und der Möglichkeit ihrer Beeinflussung durch Strafen und verwandte Maßnahmen. Daraus folgt von selbst, daß die inneren, d. h. die Eigenart des Täters betreffenden Bedingungen im Vordergrund stehen und daß die äußeren Bedingungen, d. h. die den Täter zurzeit der Tat umgebenden äußeren Verhältnisse, in der Regel nur wegen ihrer Valenz im Verhältnis zu den inneren bedeutsam sind. Weiter läßt sich alles ausscheiden, was normal ist, d. h. in diesem Falle dem Zwecke des gedeihlichen Zusammenlebens der Menschen entspricht. Bei der Beurteilung der Normalität einer Bedingung wird eine gewisse, nicht allzuweit zu spannende Variationsbreite anzuerkennen sein.

Bei der Erforschung der Ursachen einzelner konkreter Verbrechen kann man zu Ergebnissen, die über die Kenntnis und das Verständnis des Einzelfalls hinausreichen, auf dem Wege gelangen, daß man unter Betrachtung einer großen Zahl einzelner Fälle das gleichartige zusammenfaßt und, konkrete Verschiedenheiten von anscheinend geringerer Bedeutung vernachlässigend, Typen bildet. So ist man zur Aufstellung bestimmter Verbrechertypen gekommen. Das Ziel der Ursachenforschung ist indessen das Herausarbeiten der typischen Bedingungen oder Bedingungsverbindungen. Fruchtbar ist dieses Verfahren der Typenbildung nur für die Innenseite des Verbrechens, zur Erkenntnis der äußeren Bedingungen ist es weniger geeignet.

Bei der wissenschaftlichen Betrachtung des Verbrechens als Massenerscheinung — der Kriminalität — hat man wiederum die Aufgabe einer Beschreibung des Phänomens von der der kausalen Betrachtung zu unterscheiden. Die erste Aufgabe, die einen durchaus selbständigen Charakter hat, aber zugleich notwendige Voraussetzung jeder kausalen Betrachtungsweise ist, wird zumeist, wenn auch nicht ausschließlich durch statistische Tafeln und Erläuterungen bewältigt. Sie stellt nach einem von Graf *Gleispach* geprägten Ausdruck die Statik der Kriminalität dar, die den wichtigsten, bisher allerdings stark vernachlässigten Teil dieses Wissenszweiges, die Erscheinungslehre des Verbrechens bildet. Bei dem Versuch einer kausalen Erklärung der Kriminalität stehen, wiederum vom praktischen Zweck der Untersuchung aus betrachtet, die internen Bedingungen, d. h. die Eigenschaften oder Zustände der Bevölkerung in räumlich-zeitlicher Begrenzung, im Vordergrund, weil sie in erster Linie durch Strafen und verwandte Maßnahmen beeinflußt werden können. Die Aufgabe wird allerdings in dieser Form schlechthin als unlösbar angesprochen werden müssen. Wohl aber kann man unter Anwendung der statistischen Methode die Bewegung der Kriminalität feststellen und ebenso feststellen, ob und in welchem Maße äußere Umstände sich geändert haben, die wir uns als in einem ursächlichen Zusammenhang mit der Bewegung der Kriminalität stehend denken können. Die Schwierigkeit liegt darin, die bloße Vermutung kausaler Verknüpfung bis zu dem Grade von Wahrscheinlichkeit zu steigern, der uns gestatten würde, von einem Kausalgesetz oder wenigstens von einem sozialen Gesetz zu sprechen. Wie die äußeren Tatsachen so lassen sich eine Reihe innerer Tatsachen von den die Beschaffenheit der Bevölkerung in räumlich-zeitlicher Begrenzung ausmachenden Tatsachen statistisch erfassen; die Schwierigkeiten sind allerdings größer.

Graf *Gleispach* wirft bei der Besprechung der Bewegung der Kriminalität durchaus berechtigt die Frage auf, ob man sie, statt bloß zu messen, nicht auch werten müsse. Er regt an, ohne bestimmt konkrete Vorschläge zu machen, durch Bewertung des Maßes des sozialen Unwerts, das in der symptomatischen Bedeutung der Tat gelegen ist, mit gewissen Indexzahlen zu gewissen »Abstufungen des Unrechts« zu gelangen.

Der Erkenntnis der äußeren Bedingungen für die Gestaltung der Kriminalität wie für das Entstehen einer einzelnen konkreten verbrecherischen Betätigung mißt Graf *Gleispach* keine allzugroße Bedeutung für die Kriminalpolitik bei, weil die Sozialpolitik, Wirtschaftspolitik und überhaupt die Verwaltungspolitik die Resultierende der verschiedenartigsten Komponenten ist, von denen die Kriminalpolitik nur jeweils eine und noch dazu eine solche von minderer Bedeutung sein kann. Ganz anders verhält es sich dagegen mit dem Wert der Erkenntnis der Bedingungen für die Gestaltung der Kriminalität wie für die Entstehung einer einzelnen konkreten verbrecherischen Betätigung. Graf *Gleispach* dürfte indessen nach der Ansicht des Referenten die praktische Bedeutung einer Erkenntnis der äußeren Verbrechensbedingungen doch etwas zu pessimistisch beurteilen.

Nach dem gegenwärtigen Stande wissenschaftlicher Forschung sieht Graf *Gleispach,* allerdings im Gegensatz zu beispielsweise Professor *Exner*, die inneren Verbrechensbedingungen in ihren hauptsächlichsten Typen als bereits herausgestellt an, soweit es sich um Bedingungen erster Ordnung handelt. Am eindringlichsten mit der Frage der Typenbildung haben sich übrigens nicht Strafrechtler, sondern Psychiater beschäftigt, denen wir das Erreichte im wesentlichen verdanken. Aus dem Ergebnis zieht Graf *Gleispach* den Schluß, daß es für die eigentlichen Verbrechernaturen nicht richtig ist, im Verbrechen das Produkt des Zusammenwirkens zweier Bedingungsgruppen zu sehen, nämlich der inneren und der äußeren, sondern daß sich bei diesen die verbrecherische Betätigung erschöpfend aus der Eigenart des Verbrechers erklärt. Eine Lücke in unserem Wissen um die inneren Verbrechensbedingungen klafft bei den Augenblicksverbrechern. Es ist zu hoffen, daß auf diesem Gebiete die Psychologie, basierend auf den neueren Untersuchungen von *Ach*, *Michot, Brun*, *Bühler* und *Lindworsky*, weitere, auf exakter Forschung beruhende Aufschlüsse bringen wird. Graf *Gleispach* hat am Ende seines übrigens in der Zeitschrift für die gesamte Strafrechtswissenschaft veröffentlichten geistvollen und nach Ansicht des Referenten längst nicht genügend beachteten Vortrags die Hypothese aufgestellt, daß beim Augenblicksverbrecher das Wertsystem lückenlos und richtig geordnet und es nur unter dem mächtigen Einfluß äußerer Umstände zu einem Vorstoß im Verfahren bei der Willensbildung gekommen sei.

Aussprache: Ministerialrat Dr. *Rauschenbach* betonte, daß der Erziehungsgedanke bei der Strafvollziehung zwar leitend sein müsse, daß aber angesichts der großen Menge Aussicht auf Erfolg gering sei.

Professor Dr. *Reiß* wies darauf hin, daß es für den Psychiater schwer sei, zu den immerhin theoretischen Ausführungen des Professors Graf *Gleispach* Stellung zu nehmen.

210. Sitzung am 14. 3. 29.

Landgerichtsrat Dr. *Geißler:* »Der Sachverständige im Prozeß«:

Die Bedeutung des Sachverständigen im Prozeß ist in den letzten Jahrzehnten ständig gewachsen. Während aber die übermäßige Heranziehung technischer Sachverständiger namentlich zur selbständigen Augenscheinseinnahme unter Ausscheidung des Richters bereits seit der Vorkriegszeit vielfach heftig angegriffen wird, begrüßt man psychologische und psychiatrische Gutachten namentlich im Strafprozeß allgemein. Die öffentliche Meinung ist den Sachverständigen dieser Wissensgebiete heute auch wohl deshalb besonders günstig, weil sie vielfach zu rein naturwissenschaftlichem Denken neigt und jeder wertenden Tätigkeit — ganz abgesehen von der besonderen Vertrauenskrise der Justiz — äußerst skeptisch gegenübersteht. Verkannt wird dabei, daß auch die Psychologie und die Psychiatrie eine solche wertende Tätigkeit betreiben. Ihre Zwecke sind aber andere als die der Justiz. Erwünscht ist daher eine psychologische und psychiatrische Schulung des Richters, abzulehnen dagegen seine Bindung an psychologische oder psychiatrische Gutachten, da seine Entscheidung allein den Zwecken der Justiz unterzuordnen ist.

Zunächst ist der Begriff des prozessualen Sachverständigen auf Grund des Gesetzes (hier der Strafprozeßordnung) festzustellen. Er ist formell Beweismittel, dritte Aussageperson wie der Zeuge. Von dem Zeugen unterscheidet er sich nicht etwa durch die Sachkunde; denn es gibt auch sachverständige Zeugen, andererseits auch nichtsachkundige Personen, die prozessual als Sachverständige zu behandeln sind, da z. B. auch die vom Angeklagten selbst als Sachverständige geladenen Personen als solche genommen werden müssen. Die in der Praxis noch manchmal vorkommende Unterscheidung danach, ob die Aussage Tatsachen oder Urteile enthalte, ist wissenschaftlich längst erledigt; denn jede Wahrnehmung enthält schon ein Urteil, da die Empfindung, der Sinneseindruck selbst, erst benannt werden muß, um »Wahrnehmung« zu werden, jede Benennung aber bereits ein Urteil auf Grund von Erfahrungen darstellt. Übrigens enthält die Aussage des sachverständigen Zeugen sogar sachkundige Urteile über Sinneseindrücke, andererseits kann auch die Sachverständigenaussage bloße Angaben über Wahrnehmung enthalten (Bericht über den Befund nach einer im Auftrage des Gerichtes vorgenommenen Untersuchung). Auch andere Unterscheidungsversuche führen zu keinem brauchbaren Ergebnis. Ein solches ist nur durch die Prüfung der für den Sachverständigen geltenden Sondervorschriften auf ihren gesetzgeberischen Grund hin zu gewinnen. Die Vorschriften über die Wahl des Sachverständigen (in der Regel nach freiem Ermessen des Richters), über die Sachverständigenpflicht (im Gegensatz zur Zeugenpflicht nicht erzwingbar, Haftstrafe ausgeschlossen, Entbindung auch aus anderen Gründen als denen des Zeugnisverweigerungsrechts möglich), über die Ablehnbarkeit des Sachverständigen wegen Besorgnis der Befangenheit (beim Zeugen ausgeschlossen) zeigen, daß der Gesetzgeber offenbar von der Ersetzbarkeit des Sachverständigen ausgeht. Der Sachverständige ist ersetzbares, »fungibles« Beweismittel, der Zeuge dagegen ist unersetzlich, einmalig. Dieser wird zum Zeugen durch eine besondere historische Beziehung zu den konkreten Tatsachen des Prozesses, durch seine Wahrnehmung dieser Tatsachen, mag diese nun sachkundig gewesen sein (sachverständiger Zeuge) oder nicht. Jener steht dagegen in keiner historischen Beziehung zu diesen Tatsachen, er wird vielmehr nur zur Verwertung seiner (angenommenen) Sachkunde herangezogen. Ent-

scheidend ist, wie *Hegler* im 104. Bande des Archivs für zivilistische Praxis überzeugend dargetan hat, der Grund der Einführung in den Prozeß. Es können allerdings auch beide Gründe bei ein und derselben Person vorliegen, dieser ist dann sowohl Zeuge (sachverständiger Zeuge) als auch Sachverständiger. Die Bekundung der historischen Wahrnehmung und der damaligen (sachkundigen) Beurteilung ist Zeugenaussage, die Darlegung der heutigen Beurteilung mit Hilfe der jetzigen Sachkunde ist Sachverständigengutachten.

Prozeß bedeutet Feststellung rechtserheblicher konkreter Tatsachen des Lebens auf Grund eines an bestimmte Formen gebundenen Beweises, Subsumption dieser Tatsachen unter das Gesetz und Rechtsfestsetzung in Gestalt eines autoritativen Ausspruchs der Rechtsfolgen dieser Tatsachen auf Grund des Gesetzes. Bei der Beweisaufnahme und der Wahl der Beweismittel ist der Richter an bestimmte Vorschriften gebunden, bei der Beweiswürdigung dagegen entscheidet er nach seiner freien Überzeugung. Doch muß diese aus dem »Inbegriff der Verhandlung« geschöpft sein. Das darin enthaltene Verbot der Verwendung »privaten Wissens« gilt aber nicht für Erfahrungssätze. Die Feststellung von Tatsachen durch Schlußfolgerung, also jede Feststellung, die das Gericht nicht auf Grund unmittelbarer Wahrnehmung der festzustellenden Tatsachen trifft, ist nur mit Hilfe dieser Erfahrungssätze möglich. Sie brauchen nicht bewiesen zu werden, nicht Gegenstand der Verhandlung zu sein, selbst wenn sie nicht Gemeingut sind. Mag sich der Richter ihre Kenntnis durch eigene Betätigung auf dem bestimmten Gebiete oder durch Studium von Büchern usw. verschafft haben, er ist in der Verwertung von Erfahrungssätzen frei (vgl. *Stein*, das private Wissen des Richters, 1893). Allerdings kann nach der ganzen Struktur des modernen Prozesses nur die wissenschaftlich begründete Überzeugung des Richters über das Ergebnis der Beweisaufnahme entscheiden. Fehlt dem Richter die Kenntnis der zur Feststellung der Tatsachen erforderlichen Erfahrungssätze, so hat er Sachverständige zuzuziehen.

Die Tatsachen-Feststellung ist aber nicht das Endziel des Prozesses, dies ist vielmehr ein praktisches: Rechtsfestsetzung, Rechtsgestaltung. Daher ist die nächste Aufgabe des Richters nach dieser erkenntnismäßigen eine willensmäßige, die Bewertung der Tatsachen (Subsumption unter das Gesetz, Auslegung des Gesetzes, Festsetzung der Rechtsfolgen). Hier gilt dasselbe hinsichtlich der besonderen Norm wie bei der Tatsachenfeststellung hinsichtlich des erkenntnismäßigen Erfahrungssatzes. Hier zeigt sich der Sachverständige aber noch mehr als bei der Tatsachenfeststellung als Berater, als Lehrer oder — wie der technische Ausdruck lautet — als Gehilfe des Richters.

Im Prozeß ergeben sich 3 Aufgaben des Sachverständigen: Übermittlung von Erfahrungssätzen aus dem Gebiete seiner besonderen Sachkunde, Schlußfolgerung aus den festgestellten konkreten Tatsachen des Prozesses mit Hilfe dieser Erfahrungssätze (die praktische Hauptaufgabe) und die erwähnte eigene Feststellung solcher konkreter Prozeßtatsachen auf Grund eines richterlichen Auftrages mit anschließendem Bericht über den Befund. Bei dieser 3. Aufgabe ist der Sachverständige wieder weniger Beweismittel, als vielmehr Richtergehilfe. Beweismittel ist eigentlich der Augenschein, der Sachverständige Beweisempfänger an Stelle des

Richters. Gegen diese Tätigkeit des Sachverständigen, deren Zulässigkeit heute nicht mehr bestritten werden kann, erheben namentlich Anwälte mit Recht schwere Bedenken, doch kann sie vielfach — besonders bei der körperlichen Untersuchung durch den Arzt — gar nicht entbehrt werden. Klagen über die Unzuverlässigkeit des tatsächlichen Materials gerade auch psychiatrischer Gutachten kann man immer wieder hören. Durch solche mangelhafte Befundberichte wird die Rechtspflege unter Umständen schwer geschädigt. Namentlich wird von den Sachverständigen vielfach nicht beachtet, daß diese Vertretung des Richters durch den Sachverständigen **nur** bei der Augenscheinseinnahme zulässig ist, nicht z. B. bei der Verwertung von Urkunden und der Entgegennahme von Aussagen. Gegenstand der eigenen selbständigen Feststellung des ärztlichen Sachverständigen darf also nur der körperliche Befund einschließlich des ganzen Gebarens des Untersuchten bei der Untersuchung sein, aber nichts, was darüber hinausgeht. Soweit der Sachverständige Tatsachen, die der Untersuchte oder Zeugen bekunden, als Material für sein Gutachten verwerten will, müssen diese Aussagen in der Hauptverhandlung gemacht werden und hat das Gericht zu entscheiden, ob sie als festgestellt dem Gutachten zugrunde gelegt werden können.

Während also außergerichtliche Vernehmungen nichtverwertbar sind, sieht das Gesetz vor, daß dem Sachverständigen die nötige Aufklärung jederzeit durch gerichtliche Vernehmung des Beschuldigten und der Zeugen verschafft werden kann. Ferner können dem Sachverständigen direkte Fragen an diese Personen: (auch in der Hauptverhandlung selbst) und die Akteneinsicht gestattet werden. Er kann der ganzen Hauptverhandlung beiwohnen, auch wenn er zugleich als Zeuge in Frage kommt. Der Richter wird dem Sachverständigen auf Verlangen jederzeit die nötige Aufklärung verschaffen. Er soll aber auch sonst alles tun, um diesem seine schwere Aufgabe zu erleichtern. Er soll, soweit möglich, Rücksicht auf die wertvolle Zeit und Arbeitskraft des Sachverständigen nehmen und darauf bedacht sein, daß dieser bei Erstattung des Gutachtens nicht erschöpft, sondern frisch ist. Schroffer Zurechtweisungen hat er sich zu enthalten, namentlich wenn der Sachverständige aus Unkenntnis seine Zuständigkeit überschreitet.

Der (im Strafverfahren) stets **vor** Erstattung des Gutachtens zu leistende Eid des Sachverständigen bezieht sich auf das ganze Gutachten, einschließlich der tatsächlichen Feststellungen seines Befundberichtes, nicht aber auf die Personalien.

Das **Gutachten** soll zunächst das tatsächliche Material, das die Grundlage des eigentlichen Gutachtens bildet, also den Befund im weitesten Sinne zusammenfassen. Wenn der Sachverständige Zweifel darüber, was als festgestellt zu gelten hat, nicht durch das Gericht, dessen Entscheidung dafür allein maßgebend ist, hat klären lassen, muß er die verschiedenen Möglichkeiten im Gutachten berücksichtigen. Im übrigen soll sich der Befund auf das Notwendige beschränken. So empfiehlt *Hoche* im Handbuch der gerichtlichen Psychiatrie, z. B. Hinweise auf Vererbung wegzulassen, wenn keine Spuren davon in dem Untersuchten vorhanden sind. Andererseits soll das Material, das wirklich die Grundlage des Gutachtens zu bilden geeignet ist oder gebildet hat, in aller Vollständigkeit angeführt werden — einerseits, um dem Richter die Nachprüfung der Voraussetzungen, von denen der Sachverständige ausgeht, zu ermöglichen, an-

dererseits aber auch, um den Richter von den Schlußfolgerungen des Sachverständigen zu überzeugen.

Denn darauf kommt nun beim eigentlichen Gutachten alles an. Der psychiatrische Sachverständige z. B. soll einzelne Symptome wie Wahnideen, Sinnestäuschungen usw. nicht einfach als solche behaupten, sondern die tatsächlichen Wahrnehmungen und etwaige sonstige Feststellungen, auf die sich seine Annahme stützt, angeben. Dasselbe gilt für die weiteren Schlußfolgerungen (vgl. zum folgenden *Mezger*, der psychiatrische Sachverständige im Prozeß, 1918). Dazu soll zunächst der in Frage kommende Krankheitstypus mit all seinen üblichen Symptomen und seinen Folgen für das geistig-seelische und für das soziale Leben des Kranken geschildert werden. Dann wird der tatsächliche Befund daraufhin zu analysieren sein, ob die üblichen Symptome darin wiederkehren und in welchem Grade, oder ob einzelne fehlen, und welche Bedeutung diesen Umständen zukommt. Für das psychische Verhalten des Untersuchten wird der Sachverständige dem Richter Belehrungen aus seiner Erfahrung bei der Beobachtung solcher psychischer Vorgänge zuteil werden lassen. Da aber im Grunde alle Psychologie auf der inneren Wahrnehmung beruht, muß der Sachverständige auch an die innere Erfahrung des Richters anknüpfen und diesen zu einer wissenschaftlich begründeten, richtigen Verwertung dieses Materials anleiten. Auch bei der Beurteilung des sozialen Verhaltens des Untersuchten muß an die Erfahrung des Richters auf diesem Gebiet angeknüpft werden. Da sich geistige Erkrankungen fast niemals allein auf Grund des körperlichen Befundes feststellen lassen, die geistig-seelischen und die sozialen Momente sogar häufig den Ausschlag geben, und da es sich bei der Beurteilung solcher Momente nicht mehr um reine, wertfreie Tatsachenfeststellung, sondern um Bewertung von Tatsachen handelt, muß gerade dieser Teil der Vorarbeit des Sachverständigen dem Richter zugänglich gemacht werden. Daran wird sich dann die Behandlung der Frage anschließen, inwieweit die Motivierbarkeit des Willens bei derartigen Kranken im allgemeinen und bei dem Untersuchten im besonderen nach den Erfahrungen des Sachverständigen vom Normalen abweicht, ob und weshalb namentlich eine normale Motivierung als ausgeschlossen anzusehen ist. Eine bloße Behauptung der Unzurechnungsfähigkeit oder eine bloße Wiedergabe der Worte des § 51 Strafgesetzbuchs genügt also jedenfalls nicht. Die Feststellung der Unzurechnungsfähigkeit oder einer verminderten Zurechnungsfähigkeit ist sogar als reine Subsumption des Tatsachenbestandes unter rechtliche Begriffe eigentlich gar nicht Aufgabe des Sachverständigen. Aber man kann zugeben, daß es praktisch ziemlich bedeutungslos ist, ob der Sachverständige am Schlusse seines Gutachtens sagt »geisteskrank« (im strengsten Sinne), »unzurechnungsfähig«. Logische und Werturteile, tatsächliche und rechtliche Momente werden sich im Gutachten nie ganz streng scheiden lassen. Der Sachverständige ist eben Beweismittel und Richtergehilfe in einer Person. Viel wichtiger als eine solche Scheidung erscheint es mir, daß der Sachverständige Rechenschaft ablegt für alle die einzelnen Glieder der Kette von Schlußfolgerungen und Werturteilen, deren letztes das Urteil über die Zurechnungsfähigkeit bildet.

Denn entscheidend für den praktischen Wert eines Gutachtens ist allein die methodische Beweisführung. Nur diese, nicht etwa die persön-

liche Autorität des Sachverständigen als wissenschaftliche Kapazität gibt nach geltendem Recht den Ausschlag. Der Richter muß also das ihn durch vernünftige Gründe überzeugende Gutachten demjenigen, das nur durch die Autorität der Person des Sachverständigen Bedeutung gewinnt, vorziehen.

Bei der richterlichen Würdigung des Gutachtens wird aber zunächst das dem Gutachten zugrunde liegende Tatsachenmaterial zu prüfen sein. Soweit dieses nicht durch den auf den Augenschein beschränkten Befundbericht des Sachverständigen oder sonst in zulässiger Weise zum Gegenstande der Verhandlung gemacht worden ist, muß der Richter unter Umständen die Beweisaufnahme ergänzen. Danach muß er sich darüber schlüssig werden, was von dem behaupteten Tatsachenmaterial als festgestellt anzusehen ist (z. B. in Fällen, wo Zeugen oder andere Sachverständige Angaben gemacht haben, die dem Befundbericht dieses Gutachtens widersprechen). Erst wenn das diesem Gutachten zugrunde gelegte Tatsachenmaterial als bewiesen gelten kann, wird er zur Beurteilung des eigentlichen Gutachtens schreiten.

Hier, also bei der Festsetzung von Erfahrungssätzen und bei ihrer Verwertung zur Beurteilung von konkreten Tatsachen ist der Richter nun vollkommen frei, auch in der Verwertung privaten Wissens. Gebrauch machen von dieser Freiheit kann und darf er selbstverständlich nur, wenn und soweit er sich eine bessere Kenntnis oder ein besseres Urteil zutraut. Bei der Betrachtung von Naturvorgängen und Naturgegenständen, aber auch bei gewissen, besonders komplizierten Gegenständen der Technik, wird das selten vorkommen. Das gilt auch von der Beurteilung des körperlichen Befundes eines Menschen und der Feststellung körperlicher Krankheitssymptome. Dagegen wird der Richter überall dort, wo es sich um psychische oder soziale Erscheinungen, überall, wo es sich nicht um reine, wertfreie Schlußfolgerungen aus Tatsachen, sondern um Werturteile handelt, in weit größerem Umfange zur Mitarbeit befähigt und berufen sein. Hierfür gehört auch die Beurteilung von Grenzfällen bei Geisteskrankheiten, etwa bei der beginnenden progressiven Paralyse, wo das psychische und soziale Verhalten des Untersuchten häufig von ausschlaggebender Bedeutung sein wird, ferner die Beurteilung psychopathischer Persönlichkeiten, auch die des Schwachsinns, die von Neurosen und von Affektzuständen usw. Die bewertende Betrachtungsweise der psychiatrischen Wissenschaft in allen Fällen des psychiatrischen Krankheitsbildes wird übrigens auch von dieser selbst anerkannt. Bei der bewertenden Tätigkeit aber ist die Mitwirkung des Richters unentbehrlich; denn entscheidend muß sein nicht der Standpunkt des Arztes, des Naturwissenschaftlers, sondern der Standpunkt der Rechtsgemeinschaft als eines Ganzen, der Standpunkt des Soziologen und des Juristen (so *Mezger* a. a. O.).

Dies gilt sogar schon für die Tatsachenfeststellung. Die Frage, welcher Grad von Wahrscheinlichkeit angesichts des praktischen Zweckes des Prozesses zur Begründung der richterlichen Überzeugung ausreicht, ist eine Frage der Interessenabwägung, eine Rechtsfrage. Ebenso aber z. B. auch die Frage der Zurechnungsfähigkeit. Die Interessen des Angeklagten stehen denen der Rechtsgemeinschaft gegenüber.

Von dem Gutachten solcher Sachverständiger, die dem praktischen Zwecke der Justiz Rechnung tragen, namentlich solcher mit forensischer

Erfahrung, wird der Richter kaum je abweichen. Er kann sich aber nicht jedem Gutachten, auch dem ihm vom Angeklagten aufgedrängten oder aufgezwungenen, unterwerfen, auch sich bei widersprechenden Gutachten nicht stets dem anschließen, das dem Angeklagten günstiger ist. Das wäre der Bankrott der Justiz. Die Frage der Freisprechung würde vielfach zu einer Frage des Geldbeutels werden. Denn derjenige, der genug Mittel hätte, um im ganzen Lande Umschau zu halten, bis er den gewünschten Sachverständigen gefunden hätte, der hätte vom Gericht nichts mehr zu fürchten.

Es bleibt gar nichts anderes übrig, als die Überzeugungskraft der Gründe des Gutachtens entscheiden zu lassen. Damit werden allerdings große Anforderungen an die Kenntnisse und Fähigkeiten des Richters gestellt. Gerade deshalb begrüßen wir Juristen die Zusammenarbeit mit Ärzten in dieser Vereinigung aufs wärmste und sind so dankbar für jede Belehrung, die uns hier zuteil wird. Möchte doch diese gemeinsame Arbeit immer fruchtbarer werden und das gegenseitige Verständnis fördern! Und möchte man wenigstens die Überzeugung aus meinen Ausführungen gewinnen, daß nicht bornierte Überheblichkeit den Richter veranlaßt, die Freiheit der Entscheidung auch gegenüber den Sachverständigen zu verteidigen, sondern daß es sich dabei nur handelt um den Kampf für die Gerechtigkeit.

Aussprache: Dr. *Nitsche*, Amtsgerichtsdirektor Dr. *Fuchs*, Dr. *Ilberg*, Dr. *Leonhardt*, Landgerichtsrat Dr. *Geißler*.

Auf Grundlage der Sitzungsprotokolle und der eingegangenen Vortragsreferate zusammengestellt von *G. Ilberg* (Dresden).

Kleinere Mitteilungen.

Herr August *Heckscher*-New-York hat der Heckscher Nervenheil- und Forschungsanstalt eine neue Abteilung zur Ergänzung der bisher bestehenden Abteilung für hirnverletzte Kriegsbeschädigte gestiftet. Diese soll vor allem der übungstherapeutischen und heilpädagogischen Behandlung andersartig Hirngeschädigter, insbes. der ärztlich-heilpädagogischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen dienen. In der Eröffnungsfeier am 4. November 1929 sprachen der Vorsitzende des Kuratoriums Herr Georg *Grillo*-Düsseldorf, der bayrische Staatsminister zu Jena Dr. *Stützel* und der Chefarzt der Anstalt Prof. Dr. *Isserlin*. Die Heckscher Anstalt trägt gemeinnützigen Charakter und befindet sich in München — Gottfriedstraße.

Über die ersten 7 Hefte der von *Bostroem* und *Joh. Lange* herausgegebenen Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie und ihrer Grenzgebiete ist in der allgem. Zeitschrift für Psychiatrie berichtet worden. Dies soll auch mit den folgenden Heften des ersten Jahrgangs geschehen.

8. Heft: *Lewy* (Berlin): Die Erkrankungen der endokrinen Drüsen. Diese Erkrankungen wurden in den letzten Jahren nicht nur als Krankheitsursache, sondern als wichtiger Bestandteil der Konstitution bewertet. Die Schilddrüsen-Vergrößerung des Kindes erklärt man durch erbliche oder erworbene Verminderung der Sekretion, durch vermehrtes Bedürfnis nach Thyreotoxin für den Stoffwechsel und der sich daraus ergebenden relativen Gewichtszunahme der Schilddrüse, sowie durch einen noch unbekannten Tonsillar-Faktor mit Wirkung auf die Kropfhäufigkeit. Mehrfach wurde nach einer Methode zur Markierung des Übergangspunktes vom Gesunden zum Kranken gesucht. Bemerkenswerterweise kann die Struma in der bekannten Trias der Basedow-Symptome fehlen. Das Thyreoidin hat im Körperhaushalt entwässernde Eigenschaft, der Harnstoffgehalt ist bei Basedow erhöht. Nach Schilddrüsenentfernung bei Hunden nimmt die obere Blutzuckergrenze ab, während Cholesterin und Kalkspiegel ansteigen. Bei Basedow-Kranken mit Diabetes wirkte Schilddrüsenentfernung günstig, bei Diabetikern mit normaler Schilddrüse blieb Entfernung der letzteren wirkungslos. Coma nach Struma-Operation muß den Verdacht auf Diabetes erwecken. Ein Antagonismus zwischen Schilddrüse und Pankreas besteht nicht, Hyperglykämie bei Basedow hat nichts mit Diabetes zu tun. Die Schilddrüsenfunktion ist vom Sympathikus abhängig. Bei Basedow kann Glaukom auftreten, bemerkenswerterweise bringt dann Strumektomie die Augenerscheinungen zur Norm. Beziehungen zwischen Schilddrüse und Epithelkörperchen kann man im Kalkspiegel messen. Thymus und Schilddrüse wirken im gewissen Sinne antagonistisch. Die endokrinen Drüsen stellen eben ein zusammenhängendes System dar, dessen Gleichgewicht durch Ausfall der einzelnen Drüsen gestört wird. Geistesstörungen (Verwirrtheitszustände) und Parkinsonismus kommen bei Basedow vor.

Basedow-Kranke bessern sich erheblich schon dann, wenn sie aus ihrer Arbeit weg ins Krankenhaus und für 1—2 Wochen ins Bett kommen. Gynergen-Tabletten, gleichzeitig mit Kalk, bewirkten Verkleinerung der Struma, Sinken der Pulsfrequenz, Aufhören der Durchfälle und Gewichtszunahme. Röntgenbestrahlung, mit Vorsicht und mit einwandfreier Technik angewandt, wird gerühmt. Für bestimmte Fälle war Jod von günstigem Erfolg, wurde auch zur Vorbehandlung der Operation angewandt; Jod wirkte aber bei adenomatösem und lange bestehendem kolloidem Kropf ungünstig. Vor einer in die Länge gezogenen Jodbehandlung wird gewarnt. Viele empfehlen die Operation und zwar die partielle Thyreoektomie. Bei schwerem toxischem Basedow mit Herzerscheinungen empfiehlt man, der Operation die Unterbindung der beiden Thyreoideae superiores einige Wochen vorausgehen zu lassen; freilich soll die Auffindung dieser Arterien an großen Kröpfen recht schwierig sein. War die Operation nicht möglich, so wurde Verödung der Struma durch Injektion von 10—15 ccm Alkohol versucht. Bei klinakterischem Myxödem wirkt synthetisches Thyroxin intravenös angewandt günstig. Sämtliche natürliche und synthetische Schilddrüsen-Präparate entfalten bei Myxödem eine deutliche günstige Wirkung.

Bei 32 anenzephalen Föten vom 5. Monat bis zur Reife war der Vorderlappen der Hypophyse stets, der Mittellappen manchmal vorhanden, während der Hinterlappen in der Mehrzahl der Fälle fehlte. Bei der Geburt anormaler Föten wog die Hypophyse durschnittlich 107 mgr. Der Hinterlappen enthält sympathische Anteile. Die Funktion des Mittellappens ist besonders unklar. Einge Beziehungen bestehen zwischen Eierstock und Hypophyse. Die Hypophyse vergrößert sich in der menschlichen Schwangerschaft, und zwar besonders vergrößern sich die Hauptzellen im Vorderlappen, wodurch der eigentliche Durchmesser und das Gewicht zunehmen. Bei kastrierten Frauen wurde Sellavergrößerung infolge Hypophysenzunahme gefunden. Hyperpituitarismus äußert sich in übermäßiger Körperlänge und wird durch ein chromophiles Adenom des Vorderlappens bedingt, der sehr groß werden kann und operativ verkleinert werden soll, namentlich um dem Druck auf den Optikus vorzubeugen. Bei eosinophilen Adenomen findet sich mehrfach Glykosurie. Auf Röntgenbestrahlung reagiert Akromegalie günstig. Unterschiede zwischen dem Diabetes bei Akromegalie und dem Pankreas-Diabetes werden beschrieben. Beim Hypopituitarismus kommt es darauf an, ob der Hypothalamus mit beteiligt ist oder nicht. Bei Verletzung des Hypothalamus treten Fettsucht und Genitalatrophie auf. Durch Kauterisation der Zwischenhirnbasis kann Diabetes insipidus erzeugt werden, aber nicht durch Zerstörung der Hypophyse allein. Der hypophysäre Hypopituitarismus ist durch Wachstumsstörungen charakterisiert. Es wird am häufigsten durch chromophile Adenome herbeigeführt. Frühzeitige Verwendung von Hypophysen-Vorderlappen-Extrakt und Praephyson wirkte günstig gegen Zwergwuchs. Prolan, ein aus dem Urin der Schwangeren isoliertes Vorderlappenhormon, beförderte das Wachstum der Genitalien, Insulinbehandlung des intermittierenden Hinkens bewirkte in gewissen Fällen Besserung.

Gering war in den letzten Jahren die Literatur der Nebennierenerkrankungen. Die enge Beziehung der Nebennieren zu den anderen endokrinen Drüsen ergibt sich aus dem Ödem und der Kolloidschwellung in der Schilddrüse nach doppelseitiger Nebennieren-Exstirpation. Addisonfälle können mit mannigfachen pluriglandulären Symptomen einhergehen. Ein 4-jähriges

Kind bekam infolge Nebennierenrindensarkoms Pubertas präcox mit schneller Zunahme der Größe, massiger Muskulatur, Bartwuchs, Schambehaarung, tiefer Stimme und mächtigen Kiefern. Ein embryonales Gliom, das von der Zirbel ausging, führte bei einem dreijährigen Knaben zur Vergrößerung beider Hoden und des Penis und behaartem mons Veneris. Ein Eierstock-Sarkom bewirkte bei einem 9-monatigen Mädchen Pubertas praecox mit entwickelten Mammae und Schamhaaren sowie Menstruation; Operation führte zu Rückbildung dieser Symptome; mit 3 Jahren war das Kind proportioniert gebaut. Interessanterweise bewirkten also isolierte Nebennieren-, Zirbel- und Eierstockerkrankungen das annähernd gleiche Symptomenbild der Pubertas präcox.

Thymus-Vergrößerung bewirkte Laryxkrise, Synkope, Zyanose, Husten Reizbarkeit und Schwäche.

Was endlich das Pankreas anbetrifft, so rief ungenügend mit Insulin behandelter Diabetes Neigung zu nervösen Komplikationen hervor; ungenügende Insulinbehandlung erscheint daher gefährlicher als gar keine.

Friedrich Wilhelm Bremer (München): Poliomyelitis anterior acuta.

Die P. a. trat 1927 gehäuft in Kalifornien und Neu-Mexiko auf und verbreitete sich dann in den Vereinigten Staaten, etwa gleichzeitig kam es zu einem epidemischen Ausbruch in Rumänien und bald darauf in Deutschland, besonders in Sachsen. Die Erkrankungen betrafen auffallenderweise die Länder der weißen Rasse, die Neger scheinen relativ immun zu sein. Die P. a., von der sporadische Fälle immer vorkamen, ist besonders in Deutschland und in Italien im Zunehmen begriffen. Im ganzen sind ländliche Bezirke bevorzugt. Das Wandern der Epidemie längs der Verkehrstränge ist auffallend. *Flexner* konnte die P. a. aus dem Nasensekret experimentell erkrankter Affen auf Affen übertragen. Die Infektion des Rückenmarks erfolgte auf dem Wege über die peri- und endoneuralen Lymphbahnen. Die P. a. ist eine ausgesprochene Erkrankung des ektodermalen Gewebes, wobei Parenchym und Glia gleicherweise befallen werden. Die Erkrankung der Ganglienzellen scheint primär durch relative Giftwirkung des Virus verursacht zu werden. Pleozytose ist fast immer vorhanden, meist Lymphozytose. Nach Lumbalpunktion pflegt die Zellenvermehrung im Liquor rasch zu sinken. Die Liquoruntersuchung ist für die Abgrenzung der Meningitis, besonders der tuberkulösen M., und der Enzephalitis epidemica von Bedeutung. Therapeutisch empfiehlt *Bremer* im Fieberstadium Serumtherapie mit Rekonvaleszenten- oder Pettit-Serum intradural und intramusculär, im Stadium nach der Entfieberung Röntgen- und Diathermie-Behandlung und im Endzustand, in dem meist nach 2—3 Wochen schon völlige Lähmung besteht, vorsichtige manuelle Massage, dann vorsichtige Galvanisation, erst später Anwendung des faradischen Stroms, nicht zu frühe Steh- und Gehübungen, Anregung noch funktionsfähiger Muskeln und unbedingte Vermeidung von Konstrakturen durch geeignete Lagerung und Schienung. Vor Ablauf von etwa 2 Jahren soll man mit der ärztlich geleiteten aktiven und passiven Behandlung nicht aufhören.

Robert Wartenberg (Freiburg i. Br.): Systemerkrankungen des Rückenmarks, Degenerativerkrankungen.

Die Fortschritte der letzten Jahre sind von *Bing, Creutzfeld, Kehrer* und *Schäffer* und in den betreffenden Kapiteln des Handbuches von *Kraus-Brugsch* zusammengestellt. Verfasser geht auf die primären, systematischen,

chronischen Degenerativerkrankungen des Rückenmarks, des Kleinhirns, der peripheren motorischen Neurone und ihrer muskulären Endapparate ein.

Nach *Schaffer* sind alle systematischen heredo-familiären Nervenkrankheiten klinisch-biologisch wie histopathologisch einheitlich gezeichnet, entwicklungsgeschichtlich bedingt und durch die anatomische Keimblatt-, Segment- und Systemwahl charakterisiert. Allen liegt die Quellung und spätere Fällung des Hyaloplasmas zugrunde. Von dem heredo-familiären Prozeß werden nur die ektodermalen Elemente betroffen und zwar die phylogenetisch und ontogenetisch jüngsten Teile.

Kurt Pohlisch (Berlin): Alkohol.

Soweit das umfangreiche Gebiet des Alkohols den Psychiater angeht, ist es im *Bumke*schen Handbuch der Psychiatrie von *Meggendorfer* und im Grundriß der Alkoholfrage von *Wlassak* ausführlich und kritisch dargestellt. Den jetzigen Stand unserer Kenntnis über die Alkoholpsychosen hat *Rosenfeld* in einem Referat der klinischen Wochenschrift besprochen. Hiernach sind die Beziehungen der Dipsomanie zur Epilepsie sehr locker; der Ausgang der akuten Alkoholhalluzinose in einen Defektzustand, besonders nach Alkoholentzug, weist auf Schizophrenie, Paraphrenie oder eine andere endogen bedingte Verlaufsform hin; das Vorkommen von ausschließlich exogen bedingten chronischen Wahnbildungen, die lange Zeit nach der Abstinenz persistieren oder gar fortschreiten, ist nicht erwiesen. Bei den chronischen Alkoholisten finden verschiedene Forscher ein Überwiegen zyklothymer Temperamente, oft verbunden mit pyknischem Habitus. Bei Alkoholtoleranten fand *Hauptmann* eine verminderte Durchlässigkeit der Blut-Liquor-Schranke, bei Intoleranten dagegen gesteigerte Durchlässigkeit. Gegen die fast zu einem Dogma gewordene Lehre von der Keimschädigung durch Alkohol wendet sich *Pohlisch*. Von allen einsichtigen Kennern der Alkoholschädigung wird der Kampf gegen das Alkoholkapital für eine der notwendigsten Maßnahmen angesehen. Die Erfolge der Trinkerbehandlung in Deutschland müssen auch heute noch als im ganzen wenig günstig angesehen werden. Z. B. blieben nach *Bratz* von 300 Alkoholikern der Wittenauer Heilstätten, die in die Obhut des Guttempler-Ordens entlassen waren, nur $^1/_6$ länger als 2 Jahre abstinent. Wertvoll ist die Abhandlung des Oberreichsanwalts *Ebermayer* über »Alkoholismus und Strafrecht« in der Deutschen medizinischen Wochenschrift 1928. Das geltende Strafrecht versagt in manchen Punkten bei der Bekämpfung des Alkoholismus.

Friedrich Wohlwill (Hamburg): Knochenerkrankungen und ihre Beziehungen zur Neurologie.

Zuerst werden die Erkrankungen des Skeletts behandelt, die sozusagen koordiniert auf der Grundlage gemeinsamer Ätiologie mit Nervenkrankheiten entstehen, das sind zunächst die Osteomalazie, die vielleicht auf Eierstocks-Hyperfunktion beruht, und die innersekretorischen Gelenkerkrankungen, die unter Beihilfe mechanischer Momente bei manchen Jugendlichen symmetrisch in den Hüftgelenken auftreten. Hierher gehören auch die *Pethers*sche Krankheit, die auf pluriglandulären Störungen vermutete Chondrodystrophie und die auf Erkrankung der Nebenschilddrüse zurückzuführende Ostitis fibrosa et deformans. In anderen Fällen können Erkrankungen des Skeletts infolge ihrer nachträglichen Beziehungen zu Affektionen des Gehirns, des Rückenmarks und der peripheren Nerven führen. So haben die Chondrodystrophiker zuweilen Erscheinungen von Rückenmarkskompression, die Ostitis fibrosa kann Hirn- und Rückenmarksstörungen hervorrufen, an Nebenhöhlen-

eiterungen kann sich Osteomyelitis der Schädelknochen anschließen und intracranielle Komplikationen bewirken: epidurale Abzesse, auch die viel gefährlicheren subduralen Abszesse, welche zu Meningitis, Hirnabszeß und Sinusphlebitis führen können. Die Infektion mit *Bang*schem Bazillus kann Spondylitis hervorrufen. Das Muskelsymptom der »Leinen« kommt bei einer abwärts vom mittleren Brustteil auftretenden tuberkulösen Spondylitis vor. Bei den chronischen versteifenden Wirbelsäulenaffektionen sind Rückenmarksbeeinträchtigungen selten. Röntgenologisch wichtig sind die Knorpelknötchen *Schmorls* an den Wirbelwandscheiben und den Grenzlamellen der Wirbelkörper. Noch unentschieden sind die Meinungen über gewisse Anomalien und Variationen am unteren Wirbelsäulenende: Sakrolisation des 5. Lendenwirbels und Lumbalisation des 1. Kreuzwirbels, ebenso wie Veränderungen am oberen Ende der Wirbelsäule wie Assimmilation des Atlas an das Hinterhauptbein. Erheblich sind auch die Funktionsstörungen bei dem *Klippel-Feil*schen Syndrom, einer knöcheren Verschmelzung des größten Teils oder der ganzen Halswirbelsäule mit Verminderung der Wirbelzahlen. — Von Skelettgeschwülsten werden erwähnt: multiple Myelome, welche Periost bzw. Dura durchbrechen können und dann nervöse Symptome hervorrufen, die benignen und malignen Chordome, die meist am oberen und am unteren Ende der Chorda dorsalis auftreten, und die im Skelett wie im Nervensystem in seltenen Fällen vorkommenden Hypernephrommetastasen.

Friedrich Wohlwill (Hamburg): Tierische Parasiten des Zentralnervensystems.

Bei der Zystizerkose des Gehirns und Rückenmarks ist anatomisch zwischen der Meningitis-Zystizerkose und den intrazerebralen einzelnen Blasen, klinisch zwischen den tumorartigen, meningealen und den psychischen Formen zu unterscheiden (*Schmite*). Die Therapie kann im allgemeinen nur chirurgisch sein. Von der Echinokokkenkrankheit der Wirbelsäule sind bis jetzt 64 Fälle bekannt. Nach *Dévé* handelt es sich um eine diffuse Infiltration mit kleinen Bläschen; die Affektion ist von vornherein im Knochengewebe des Wirbels lokalisiert. Die Finne bringt die Knochen zum Schwund; gründliche Entfernung ist so gut wie nie möglich. — Bei der Trichinose kommt es nur selten und nur in schweren Fällen zu einer Beteiligung des Gehirns; derartige Fälle wurden von *Gamper* und *Gruber* veröffentlicht.

9. Heft: *Friedrich Wohlwill* (Hamburg): Allgemeine pathologische Anatomie des Nervensystems.

Auf Grund der neuen Silberimprägnations-Methode *del Rio Hortega*s unterscheidet man die eigentliche Neuroglia (faserbildende und rein protoplasmatische Form), die Oligodendroglia und die Mikroglia. Ob letztere ektodermaler Natur ist oder nicht, ist noch strittig, weshalb man vorgeschlagen hat, die Mikrogliazellen Hortegazellen zu nennen. Bei akuten Schädigungen fand *Cone* regressive Veränderungen der Oligodendroglia und der Neuroglia, nicht der Hortegazellen, deren Reaktion erst durch die regressiven Veränderungen an den nervösen Elementen und der Neuroglia hervorgerufen wird. *v. Meduna* ist anderer Ansicht. — Die Frage der Mitwirkung der Hortegazellen bei der Abräumung nach experimentellen aseptischen Hirnverletzungen wurde mehrfach studiert. Bei der Paralyse wurden Eisenablagerungen außer in Gefäßwandelelementen von den einen Forschern nur in Hortegazellen gefunden, von den anderen wurde auf Eisenablagerung in den Zellen der Oligodendroglia hingewiesen, das normalerweise vorhanden sei.

Buscaino beschäftigte sich mit den Traubenabbauschollen und der mukösen Degeneration der Glia; offenbar spielen muzinartige Substanzen in der Pathologie des Nervensystems eine größere Rolle, als man bisher angenommen hat (Pseudoglia nach *Spatz*). Glykogen fand *Münzer* bei Delirium akutum, *Marinesko* bei amaurotischer Idiotie und bei multipler Sklerose. — Weitere Studien sind betreffs der Funktion und der Morphologie der Blutliquorschranke und der Bedeutung der Glia-Grenzmembranen erforderlich. Die Arbeiten von *C., O.* und *Marthe Vogt* über die Pathoklise und die von *Spielmeyer* über örtliche Vulnerabilität, in der er die Pathoklise im allgemeinen anerkennt, werden besprochen.

Friedrich Wilhelm Bremer (München): Funikuläre Spinalerkrankung.

Bei der f. Sp. handelt es sich um eine eigenartige Verkuppelung von Anämie und Spinalerkrankung. Der Name funikuläre Myelitis ist nicht berechtigt, weil kein entzündlicher Prozeß vorliegt. Charakteristisch ist die kaleidoskopartige, wahllose Vermischung und Verschiebung von Hinterstrang- und Seitenstrangsymptomen. Vielfach findet man bei perniziöser Anämie als Initial-Symptome: Tote Finger, Vertaubung, Kribbeln, Hunter-Zunge mit ihrer glatten Atrophie und Achylie. Die klinischen Bilder sind nicht gleichförmig, die anatomischen nicht uniform. Anatomisch handelt es sich bald um Herde in der weißen Substanz, bald um massige symmetrische Markdegeneration in Hinterstrang, Pyramidenseitenstrangbahn und Kleinhirnseitenstrang. Neuerdings sind auch Gehirnveränderungen bei perniziöser Anämie bzw. f. Sp. beschrieben worden. Manche Fälle mit ausgesprochenem Spinalbefund zeigen ein normales Blutbild, oft deckt erst die Sektion Himbeermark und andere typische Veränderungen auf. Anämien bei Botriozephalus und experimentelle Anämien ähneln im morphologischen Blutbild der perniziösen Anämie. Bei Erkrankungen mit wahrscheinlich toxischer Ätiologie wurde f. Sp. beobachtet, auch bei verschiedenen anderen Krankheiten: Sepsis, Carcinom, chronischem Alkoholismus. Eine Reihe von Giften z. B. Blei, Ergotin schädigten gleichzeitig Nervensystem und Blutapparat. — Sehr interessant ist die von *Minot* und *Murphy* 1926 eingeführte Lebertherapie, die weitgehende Remissionen hervorruft, aber doch mehr symptomatisch und nicht kausal wirkt.

Friedrich Wilhelm Bremer (München): Syringomyelie.

Bei der Syringomyelie hat sich die entwicklungsgeschichtliche Auffassung nach und nach immer mehr durchgesetzt: die Theorie der Spongioblastose auf Grund einer spinalen Raphebildung. Bei der Entwicklung liegenbleibende Spongioblastose-Häufchen erfahren eine atypische Differenzierung, eine Gliose entsteht, meist ein gliotischer Stift. Durch Nekrose kommt es dann zur Höhlenbildung. Merkwürdigerweise treten in der Geschwulst mesenchymale Bestandteile nicht selten auf, so zwar, daß Bindegewebsformationen einen erheblichen Anteil an der Geschwulstbildung nehmen. Die Höhle ist mit Bindegewebe ausgekleidet, dicke Bindegewebsbalken ziehen durch die Gliose und schnüren papillomatöse Stücke der Gliose ab. Echte Entzündungsmerkmale: Lymph- und Plasmazellen, treten aber, wie fälschlich angenommen wurde, nicht auf.

Ein immer wiederkehrender Befund ist die Kombination von Syringomyelie mit embryonal entstandenen Tumoren allermöglicher Art.

F. Schultze macht für einen Teil der Fälle Geburtsschädigungen ver-

antwortlich, *Weber* hält Traumen für agents provocateurs. Tritt Zystenbildung nach Blutung infolge von Hirn- und Rückenmarkstraumen auf, so handelt es sich natürlich nicht um genuine Syringomyelie.

Oft hat Röntgenbehandlung bei der Syringomyelie gute Erfolge gehabt, namentlich bei noch jüngeren schweren Erkrankungen mit schneller Progredienz. Unter der Annahme von Flüssigkeitsdruck in der Höhle wurde einige Male auch zu operativer Behandlung geschritten.

Friedrich Wilhelm Bremer (München): Meningitiden.

Erkrankungen der harten Hirnhaut sind: Pachymeningitis externa im Anschluß an eine Erkrankung des Schädelknochens, eitrige Peripachymeningitis, traumatisch bedingte Blutungen in die Dura oder in den epiduralen Raum, und Pachymeningitis haemorrhagica interna. Letztere kann auf Entzündung beruhen, aber auch auf Arteriosklerose, Alkoholismus, atrophischen Gehirnprozessen; infektiösen Noxen; auch angeborene Lues spielen beim Säugling eine Rolle. Von den Erkrankungen der weichen Hirnhäute sind die Subarachnoideal-Blutungen, die Meningitis serosa und die aktiven eitrigen Meningitiden zu nennen. Bei ersteren spielen allgemeine Gefäßveränderungen eine Rolle. Von Meningitis serosa wird man sprechen dürfen, wenn sich entzündlicher Liquor ohne spezifischen Befund feststellen läßt. Kommt es durch toxische oder traumatische Einflüsse zu plötzlicher Liquordruckerhöhung, ohne daß entzündliche Zeichen nachweisbar sind, so spricht man von Meninginismus oder Meningopathie. Von den akuten eitrigen Meningitiden war besonders im Ausland die Pneumokokken-Meningitis Gegenstand vermehrten Interesses. Die von französischer und englischer Seite versuchten Klassifizierungen der epidemischen Meningitis nach verschiedenen Meningokokkentypen haben sich in Deutschland nicht durchgesetzt. Therapeutisch wird man hier bei der Behandlung mit ausgiebigen Lumbalpunktionen und intrazysternaler und -lumbaler Injektion des Höchster Antimeningokokkenserums bleiben. Ob die Berichte über Heilungen von tuberkulöser Meningitis sicher sind, muß weiter geprüft werden. Jedenfalls kann den tuberkulösen Charakter einer Meningitis nur der bakteriologische Befund und das Teilexperiment entscheiden. Die französischen Untersuchungen über die Bedeutung der Calmotte-Impfung gestatten noch kein abschließendes Urteil. *G. Ilberg.*

Von der Landesheilanstalt Neuhaldensleben Bez. Magdeburg Provinz Sachsen, die im Verzeichnis der Anstalten für psychisch und Nervenkranke usw. 8. Auflage nur kurz erwähnt werden konnte, erfahren wir, daß die 8 Häuser des ersten Bauabschnittes ab Januar 1930 mit 360 Betten belegt werden, der anschließende zweite Bauabschnitt wird 378 Betten erstellen, in einer dritten Bauzeit können weitere 400 Betten errichtet werden. Wirtschaftsgebäude sind für 1200 Kranke bemessen; eine Verpflegklasse; geschlossene Anstalt. Ärzte: Dr. *Metz,* Direktor, Dr. *Reimann,* stellvertretender Direktor.

In das genannte Anstaltsverzeichnis ist noch einzutragen: ,Hohenpeißenberg (Oberbayern), gelegen an der Linie Weilheim-Schongau, Kurheim für innerlich Kranke, Nervenleidende und Erholungsbedürftige, 964 m ü. d. M. Leitender Arzt Dr. *Unger.*

Der Verein für angewandte Psychopathologie und Psychologie veranstaltet zur Feier seines zehnjährigen Bestehens am 5., 6. und 7. Juni 1930 eine wissenschaftliche Tagung in Wien. Gegenstand der

Referate und der einzelnen Vorträge: der Einfluß der Psychologie und Psychopathologie auf die angrenzenden Wissensgebiete (Arbeitswissenschaft, Kulturgeschichte, Kunst, Religion, Pathographie, Psychologie, Psychotechnik, Sprache, Strafrecht usw.) Anfragen sind zu richten an Prof. *M. Pappenheim,* Wien I., Am Hof 13.

Die internationale Gesellschaft für Sexualforschung (Geschäftsstelle der Landesgruppe Dr. *Max Marcuse,* Berlin W 35, Lützowstr. 85) ladet zum II. internationalen Kongreß ein, der vom 3.—9. August 1930 in London unter der Leitung von Professor *Crew*-Edinburgh stattfinden wird. Der Kongreß wird rein wissenschaftlichen Charakter tragen und seine Arbeiten in folgende 6 Gruppen verteilen: 1. Experimental-Biologie, Anatomie, Physiologie, II. Klinische Medizin und Hygiene, III. Erbkunde und Eugenik, IV. Soziologie, Demographie, Ethnologie, V. Gesetzgebung und Recht, VI. Philosophie, Psychologie, Pädagogik. Die Organisation des Kongresses wird bemüht sein, Reise und Unterkunftserleichterungen für die deutschen Teilnehmer und Teilnehmerinnen zu beschaffen. Neben den Vorträgen werden auch gesellige Unterhaltungen, Besichtigungen, Führungen usw. geboten. Mediziner, Biologen, Juristen, Volkswirte, Ethnologen, Pädagogen und alle sonstigen Wissenschaftler, Männer und Frauen, sind eingeladen. Anmeldungen an obige Geschäftsstelle.

Im Versammlungsbericht des Vereins Bayrischer Psychiater von 1929 allg. Z. f. Psych. 92. Bd. ist in der Aussprache zum Vortrag von *Stiefler*-Linz a. d. D. hinter der Diskussionsbemerkung *v. Rad*-Nürnberg einzufügen:

Lange-München: Auch wir halten den Fingergrundgelenkreflex, auf den wir stets besonders achten, für ein sehr wertvolles diagnostisches Zeichen, aber für kein völlig eindeutiges. In zwei Fällen ist es uns begegnet, daß bei sonstiger völliger Areflexie der Grundgelenkreflex allein persistierte, und zwar einmal bei einer schweren Luminalvergiftung, das andere Mal bei einem intern schwer erkrankten Herdfall.

Personalia.

Verstorben: Professor Dr. *Mingazzini* in Rom, der s. Zt. zum deutschen Dr. med. h. c. ernannt wurde und in schwerer Zeit vielfach für deutsche Interessen eingetreten ist.

Ernannt: Professor Dr. *Hübner,* Bonn, zum ordentlichen Professor an der Universität Bonn und zum Direktor der dortigen Psychiatrischen und Nervenklinik,

Professor Dr. *Eugen Kahn,* München, zum Professor der Yale-Universität in Newhaven (Conne),

Oberarzt Dr. *Bufe,* Pfafferode bei Mühlhausen i. Thür., zum Direktor der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt Allenberg b. Wehlau,

Obermedizinalrat Dr. *Spaar,* Großschweidnitz, zum I. Oberarzt und Stellvertreter des Direktors in Haina (Kloster) Reg.-Bez. Kassel,

Regierungsmedizinalrat Dr. *Kell,* Untergöltzsch b. Rodewisch, zum Obermedizinalrat und Stellvertreter des Direktors in Großschweidnitz b. Löbau.

Die medizinische Gesellschaft der Türkei ernannte Prof. Dr. med. et phil. *Weygandt,* Hamburg, zum Ehrenmitglied.


UNIVERSITY OF MICHIGAN
3 9015 06220 6654



